

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Marceau BILHAUT

ÉVOLUTION

DU

Traitement Chirurgical du Cancer Utérin

Président : M. POZZI, professeur

Juges { *MM. CORNIL, professeur*
HARTMANN, agrégé
MARION, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

352

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Marceau BILHAUT

ÉVOLUTION

DU

Traitement Chirurgical du Cancer Utérin

Président : M. POZZI, professeur
MM. CORNIL, professeur
Juges { HARTMANN, agrégé
MARION, agrégé



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		Ch. RICHEL
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		GRANCHER
Maladies des enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU
Clinique chirurgicale	}	TERRIER
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	N...
		PINARD
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MEPY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME ET A MON FILS

Affectueux hommage.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR BILHAUT

Chirurgien de l'Hôpital International de Paris
Mon premier et mon dernier maître

A MA MÈRE

Reconnaissante affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

*En reconnaissance de l'honneur
qu'il nous fait en voulant bien
présider notre thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

LE DOCTEUR BARIÉ

Médecin de l'hôpital Laënnec

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR CUFFER

A MONSIEUR LE DOCTEUR

CHARLES MONOD

Professeur agrégé

Membre de l'Académie de Médecine

A LA MÉMOIRE DU REGRETTÉ

PROFESSEUR PAUL POIRIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades

AUX DOCTEURS GUÉNARD, GERNEZ,
BRAILLON ET BOIDIN

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ÉVOLUTION
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
Du Cancer Utérin

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical du cancer utérin est passé dans ces trente à quarante dernières années par des phases très diverses, tantôt abandonné, tantôt exalté. Les procédés décrits ont été si nombreux, qu'aujourd'hui, où à la suite des prodigieux progrès accomplis dans la technique opératoire, il semble qu'une sorte de temps d'arrêt doive se produire, il nous a paru intéressant d'embrasser d'un coup d'œil le chemin parcouru et, après un retour au passé, de suivre pas à pas, depuis l'origine de cette chirurgie spécialisée, l'évolution des esprits qui a présidé à tant de travaux si divers et si différents.

Ce n'est pas un exposé d'ensemble, une revue de toutes les techniques chirurgicales si nombreuses, qui

ont été tour à tour proposées, sur laquelle nous voulons insister. Naturellement au cours de cette question, force nous sera souvent d'en parler ; mais d'une manière plus générale notre but est d'assister à l'installation, puis à l'établissement des progrès d'une chirurgie spéciale qui, à l'heure actuelle, paraît être arrivée à son apogée. Nous voudrions faire voir comment, par exemple, devenant toujours plus audacieux, parfois plus téméraire, le chirurgien s'attaque tour à tour à une infime partie de l'organe, puis à une plus grande, enfin à cet organe dans sa totalité, d'abord par les voies naturelles, ensuite par la voie haute.

A chaque pas de cette évolution, des divergences éclatent entre les progressistes et leurs prédécesseurs et même à sa fin, d'autres débats s'agitent sur l'amplitude d'une intervention que les uns veulent *plus que totale*, d'autres *subtotale*.

Il est bien probable, que l'éclosion d'un tempérament plus chirurgical a dû se produire, à la fois, dans quelques cerveaux plus osés. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les Congrès de Chirurgie, de 1886 à 1896, pour voir avec quelle âpreté, avec quelle haine presque, la lutte est suscitée entre les esprits. Chacun tire de son côté, souvent un auteur ne prend la parole que pour blesser ou amoindrir un rival. Et c'est ainsi que de mémorables discussions s'engagent entre Péan, Verneuil, Kœberlé et tant d'autres, soit pour réclamer la priorité d'une intervention radicale, soit sur la forcipressure et les ligatures.

Faut-il voir dans tant de contradictions la mauvaise foi de quelques-uns ? nous ne le croyons pas. Il est plus vraisemblable que l'évolution des esprits s'étant, d'emblée, propagée dans les différents milieux, plusieurs d'entre eux, parmi les plus grands, ont eu les mêmes idées, en même temps, et qu'alors chacun a apporté sa pierre à la construction de l'édifice ; seulement comme chacun signe son œuvre, et restant confiné dans ses propres travaux, ne reconnaît pas le nom d'un collaborateur insoupçonné, il est devenu absolument impossible, à l'heure présente, pour qui lit les comptes rendus des assises mémorables de cette époque, de déchiffrer la signature exacte du véritable créateur d'une méthode.

La chirurgie du cancer utérin est souvent une conséquence de celle appliquée aux fibromes. Si l'on fait abstraction des premiers essais de la période de tâtonnements qui portent aussi bien sur une tumeur soit fibreuse soit kystique ou cancéreuse, on dirait que dans la suite on n'ose plus s'attaquer au cancer et que le traitement radical du fibrome soit une première tentative, à la suite de laquelle on puisse seulement se permettre une opération plus osée, visant une tumeur plus maligne. Toute audace de la technique chirurgicale réalisée d'un côté est aussitôt suivie d'un essai analogue d'autre part.

Mais tandis que pour les fibromes un résultat, complètement heureux, est acquis au bénéfice des interventionnistes, pour bon nombre de cancers, on est encore, en partie, dans l'inconnu pour ce qui a

trait à la valeur des résultats éloignés. Certes, s'il s'agit de néoplasme au début, l'action radicale d'une large exérèse est indubitable ; mais une fois ce stade franchi, qui peut affirmer qu'une ablation, même plus que totale, soit réellement curatrice ? Ce que disait Richelot il y a quinze années est resté rigoureusement vrai :

« Dans le traitement du cancer il faut savoir se borner ; ce n'est pas la chirurgie qui en trouvera la guérison ni la médecine vraisemblablement, mais il est un point assuré et qu'il est de toute nécessité de répéter aux malades : c'est que leur seule chance de salut est dans une intervention précoce. »

Telle est la vérité qu'il faut propager ; d'autant qu'avec le secours de l'histologie, le prélèvement d'un petit fragment de la tumeur ou de la région suspecte permet l'établissement précoce du diagnostic, quand il s'agit de l'utérus ou de tout autre organe, comme la langue, facilement accessible à une prise fragmentaire destinée à l'examen microscopique.

Ces conditions générales établies, entrons dans l'étude des faits et réunissons-les pour essayer de comprendre leur enchaînement.

CHAPITRE I

Les premiers Gynécologues et le Cancer de la Matrice

Boerhaave a écrit il y a longtemps : « Il importe beaucoup de connaître l'histoire de la Science à laquelle on s'attache » et cette phrase si juste a été mise en exergue, par Eloy, à la première page de son *Dictionnaire historique de Médecine Ancienne et Moderne*. Mais Eloy vivait à une époque où le culte des ancêtres était plus sacré que de nos jours et l'idée, à laquelle il consacre son livre, trouve un excellent commentaire dans ces quelques lignes écrites l'an dernier, par Reverdin, à l'occasion du jubilé du professeur Pozzi : « Le culte des ancêtres, fort en honneur chez certains peuples, semble se perdre trop facilement chez nous. Sous prétexte que la vie marche à grands pas, on oublie trop vite les choses et les gens d'autrefois. »

Le développement de la gynécologie est de date absolument récente. Il est bien évident, qu'il y a cinquante ans à peine, rien n'existait de cette branche si

importante de la médecine et que le mérite de l'avoir créée revient de droit à cette pléiade de chirurgiens modernes qui, les premiers, eurent l'audace de tenter l'impossible et de lutter avec foi pour une doctrine, battue en brèche dès sa naissance, par quelques esprits timorés et même par l'Académie.

Toutefois ces créateurs ont eu des devanciers, non pas faits à leur taille, mais qui avaient déjà leur allure et ne serait-ce que pour constater la rapidité de la marche du progrès, il est intéressant de voir quel était l'état des choses un peu plus avant et quels furent les premiers promoteurs d'une idée, dont les résultats ne pouvaient aboutir que longtemps après.

De toute antiquité, le cancer de la matrice avait été regardé comme essentiellement incurable et, pour fixer une date, le témoignage d'Ambroise Paré, dont l'opinion sert souvent de point de repère historique, est convaincant à cet égard : il nous dit au septième livre traitant « des tumeurs en général » : « Le chancre (mis pour cancer) de la matrice, tant ulcéré que non ulcéré, est incurable pour ce que l'on ne le peut extirper, et y appliquer les remèdes propres : partant il faut user de cure palliative, pour adoucir la fureur et céder la douleur afin d'empêcher les accidents » et plus loin, au treizième livre : « Le pronostic, c'est que les ulcères de la matrice sont difficiles et souvent impossibles à guérir, pour ce qu'elle est chaude et humide et qu'elle reçoit toutes les superfluités du corps. Les ulcères qui se peuvent voir et toucher en cette partie sont plus faciles à guérir que

ceux qui sont au profond ». Puis, il conseille comme « cure » l'application de lames de plomb frottées de vif argent s'il s'agit de tumeur non ulcérée ; « eau forte, huile de vitriol, d'antimoine et autres desquels on touchera l'endroit ulcéré s'il en est ; injections, fomentations et le port d'un instrument d'or ou d'argent à mettre en la matrice, afin que la sanie soit plus facilement évacuée et pour donner transpiration aux vapeurs et matières putréfines. » Suivent la description de l'appareil et sa figure.

Comme on le voit, il n'est nullement question d'un traitement chirurgical. Bien que ce chirurgien ait eu à sa disposition le *speculum matricis*, déjà en honneur, « afin de voir plus aisément » il ne songe pas même à une excision du col, tant le mal est regardé non seulement comme incurable, mais même comme dangereux si l'on vient à l'irriter.

Pourtant l'extirpation de la matrice n'était pas un fait inconnu, même bien avant Paré, mais les observations citées sur ce sujet par les auteurs les plus anciens, s'appliquaient toutes à des cas de grands prolapsus utérins. C'est ainsi que Soranus écrivait dès le ¹^{er} siècle de notre ère : « Il ne faut pas croire que l'utérus soit indispensable à la vie. Non seulement il se précipite à l'extérieur, mais même chez quelques femmes il a pu être enlevé sans que mort s'ensuive, ainsi que Thémison recommande de le faire ». Cette citation prouve au moins que les antiques avaient envisagé la possibilité de l'ablation de l'organe.

Ambroise Paré lui-même, voulant exciser un polype gangréné, ne fit-il pas involontairement l'extirpation de la matrice ? C'est ce qui paraît ressortir de l'observation publiée dans ses œuvres :

*Histoire d'une femme à qui la matrice fut
extirpée le jour des Roys*

« Si commencâmes à tirer peu à peu un corps qui fut jugé de MM. Gaudin, Le Fèvre, médecins ordinaires du Roy, de Violaines, docteur de l'Université de Paris, et nous, chirurgiens, être le corps de la matrice, à raison que fut trouvé l'un des testicules et d'une grosse membrane restant d'une môle qui s'était apostumée, crevée et vidée comme dit est. » Bien qu'il s'agisse d'un polype compliqué de renversement de l'utérus, le fait est à retenir. C'est la première hystérectomie dont l'authenticité soit nettement démontrée.

Ce serait vers l'an 1560, au dire de quelques auteurs, qu'aurait été effectuée en Italie, la première intervention radicale contre le cancer utérin. Un chirurgien exerçant à Venise, du nom de Joannis-Andrea Cruceus (en français Jean de la Croix) auteur d'un traité intitulé : *Chirurgiæ universalis opus absolutum*, aurait pratiqué dès lors, la première extirpation de l'utérus pour carcinome. Nous croyons pouvoir affirmer, après recherches, qu'il n'en est rien et que cette assertion est erronée. D'ail-

leurs, il n'y a, dans ses écrits aucune trace d'une opération de ce genre. Tout au plus ne fit-il vraisemblablement que l'amputation d'une matrice prolabée.

A la fin du XVIII^e siècle, Wrisberg et Monteggia proposèrent une sorte d'hystérectomie qu'essaya de reprendre Marshall, en 1783. Mais tout cela n'était que tentatives téméraires et mal réglées.

La première extirpation d'utérus cancéreux et non prolabé doit être attribuée à Giovanni Battista Palletta né en 1747 dans la vallée d'Ossola (Piémont), mort seulement en 1832. Reçu docteur en 1778 à l'Université de Pavie, nommé plus tard professeur de Clinique chirurgicale à Milan, et chirurgien en chef du grand Hôpital de Milan, Palletta a publié de nombreux ouvrages tels que les *Dissertazioni di Chirurgia* et entr'autres deux opuscules bien significatifs, intitulés l'un : *Della cura del polipo uterino*, l'autre *Storia d'una matrice amputata*. De telles relations indiquent bien que c'est à lui que revient l'honneur d'avoir, le premier, réalisé l'amputation de la matrice (13 avril 1812).

Au commencement du XIX^e siècle, la lutte contre le cancer hantait les esprits et exerçait la sagacité des médecins. L'Académie médico-chirurgicale de Vienne, reflétant les préoccupations et les aspirations du monde savant, avait mis au concours en 1810 un prix sur le traitement du cancer utérin. L'Académie demandait aux candidats, dans son programme, de fixer les limites de la possibilité de l'extirpation de

la matrice et de discuter la question au point de vue de l'étendue et du siège du cancer.

En 1814, dans un concours, Gutberlet proposa la méthode suivante pour extirper l'utérus par voie abdominale :

« Une fois la partie de l'abdomen ouverte au niveau de la ligne blanche, un aide doit glisser dans la cavité abdominale sa main bien huilée et écarter ainsi les anses intestinales des organes contenus dans le bassin. Un autre aide introduit dans le vagin un instrument ayant la forme d'une coupe, et il manœuvre de telle sorte que, saisissant la portion vaginale dans la cupule de l'instrument, il tende fortement toutes les parties molles qui unissent l'utérus aux organes voisins. L'opérateur sectionne par la plaie abdominale tous ces tissus en se servant d'un scalpel. Pendant ce temps, l'assistant chargé de maintenir les intestins, comprime l'artère iliaque jusqu'à ce que tous les vaisseaux eussent été liés. »

Cette méthode laissée d'abord dans l'oubli ne fut appliquée que dix ans plus tard par Langenbeck. C'est qu'entre temps une opération moins grave et plus facile avait pris naissance et faisait fureur : c'était l'amputation du col.

Le cancer ulcéré était considéré, vers 1820, comme le dernier terme de maladies différentes à leur point de départ et curables lorsqu'on les prenait à temps. Ulcérations banales, métrites, se transformaient en cancer, à la ménopause, si on les avait négligées, disait-on. Et, comme Récamier en 1818 venait d'in-

venter un nouveau modèle de spéculum (sorte de tube conique en étain) sous l'influence des doctrines de Broussais, on en fit l'instrument d'une thérapeutique désastreuse en l'appliquant à la résection du col.

Celle-ci ne s'installa pas du reste sans difficultés. Elle était une révolution pour cette époque et, pour en donner un aperçu, il suffit de lire ces lignes extraites du *Traité des maladies chirurgicales* du baron Boyer, professeur de chirurgie pratique à la Faculté de Paris : « Quelques médecins ont proposé contre le cancer de la matrice des remèdes curatifs tant internes qu'externes. L'extirpation du cancer de la matrice, proposée et pratiquée par Ossiander et par d'autres chirurgiens, est une de ces opérations que les lois de la prudence et de l'humanité réprouvent toujours, parce qu'elles ne présentent que des chances défavorables. Si la plupart des chirurgiens prudents hésitent souvent à faire l'ablation de la mamelle cancéreuse, comment se décideraient-ils à tenter l'extirpation du cancer de la matrice ?

« Dans le premier cas, on peut toujours, avant de prendre la résolution d'opérer, connaître l'étendue du mal, et juger d'une manière certaine s'il est possible de l'enlever en totalité ; il en est tout autrement dans le cancer de la matrice : on reconnaît bien l'altération organique du col ; mais on ne sait pas jusqu'où elle s'étend dans le corps de l'organe ; on ignore si elle ne se propage pas latéralement dans les parties qui avoisinent le museau de tanche.

« Si on joint à toutes ces circonstances, les résultats si généralement fâcheux de l'ablation des cancers externes, on sentira combien est fondé le précepte de ne point hasarder une opération cruelle et téméraire, de ne pas extirper enfin le cancer de l'utérus.

« En proscrivant toute opération qui aurait pour but la *résection du col de la matrice* affectée de cancer, nous ne prétendons pas aller jusqu'à défendre l'ablation des tumeurs fibreuses, etc. »

Boyer va encore plus loin, non seulement il désapprouve la résection du col, mais encore il s'oppose aux simples cautérisations de la tumeur : « Quelques médecins ont proposé dans ces derniers temps, dit-il, de détruire par les caustiques le cancer du col utérin ; ils ont imaginé de distendre le vagin à l'aide d'un cornet métallique, de manière à reconnaître par la vue l'état du col et à y porter les caustiques sans offenser le vagin. Nous ignorons quelles ont été les suites de leurs tentatives, mais nous ne croyons pas que jamais un chirurgien prudent les approuve ou les imite. »

Toute la thérapeutique de Boyer, contre le mal qui nous occupe, consistait en injections prises d'après une véritable technique qu'il décrit minutieusement et dans l'administration d'opium contre la douleur.

C'était peu, et sous l'influence du mouvement chirurgical qui commençait à se dessiner, une intervention plus active était née. Elle acquit aussitôt

une vogue telle qu'il n'est guère d'opérations dont on ait plus abusé.

Lisfranc s'en fit surtout le propagateur et en abusa, convaincu comme il l'était de la transformation cancéreuse dont nous avons déjà parlé. Jamais, selon lui, un cancer ne se produisait d'emblée. Pendant dix ans il s'adonna avec fureur à la résection du col à *titre préventif*.

Ossiander, à qui certains ont attribué injustement la première hystérectomie en 1801, et qui semble n'avoir jamais pratiqué que l'amputation du col, abaissait cet organe au moyen d'un fil passé dans ses lèvres. Récamier opérait au fond du vagin en se bornant à attirer le col avec une pince de Museux. Lisfranc travaillait à ciel ouvert en amenant le col à l'extérieur au moyen de fortes tractions avec la pince.

Une autre méthode visant la même amputation partielle fut proposée en 1827, par Mathias Mayor, à l'Académie des Sciences : c'était la ligature appliquée à la section du col ; mais, en offrant de substituer la ligature à l'instrument tranchant, il entendait une ligature provoquant un étranglement instantané, ce qu'il obtenait avec le « serre nœud » dont il était l'inventeur. Lisfranc se prononça contre cette pratique qui tomba rapidement en désuétude.

Pendant que ces faits se passaient en France, la question avait fait un grand pas à l'étranger. « Chose singulière, écrit fort justement Pichevin, l'extirpation de la matrice, qui faisait trembler l'opérateur le

plus courageux, devait être entreprise avec succès pour la première fois, non pas par un chirurgien, mais par deux médecins et un accoucheur. Les trois premières hystérectomies vaginales suivies de guérison sont, en effet, dues à Sauter, docteur conseiller de médecine du grand-duc de Bade ; à Blundell, professeur d'accouchements à Londres et plus tard à Récamier, médecin des Hôpitaux de Paris : trois noms destinés à occuper dans l'histoire de la science une place honorable à côté de ceux des grands opérateurs. »

C'est en effet le 22 janvier 1822, que l'ablation complète de l'utérus par le vagin fut réalisée pour la première fois par Sauter, de Constance. Il s'agissait d'un cancer et après incision circulaire du col, isolement de la vessie et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur, Sauter fit basculer l'organe en avant, puis coupa les ligaments larges au ras du tissu utérin. Pour toute hémostase, il se contenta de bourrer le vagin avec de la charpie. L'opérée guérit heureusement.

Soit que cette opération ait eu son retentissement en France, soit par pure coïncidence, les esprits s'enhardirent. Sans aller jusqu'à extirper l'utérus, opération réputée trop dangereuse, Lisfranc et Dupuytren songèrent à poursuivre la limite du mal plus loin qu'ils le faisaient jusqu'alors ; après chaque résection, ils se mirent en devoir de creuser dans l'épaisseur de l'organe une sorte de cône creux à

sommet supérieur. C'était un acheminement timide vers un procédé plus complet.

Cependant que les Français hésitaient encore, un Anglais : Blundell, et des Allemands : Siebold et Holcher rééditaient la tentative de Sauter ; mais ces deux derniers, moins heureux que le premier, perdaient leurs malades d'hémorragie, ce qui était compréhensible étant donné leur peu de souci de l'hémostase.

Récamier fut le premier à proclamer en 1829 la nécessité absolue de faire l'hémostase systématique des ligaments larges, encore ne liait-il que l'utérine, estimant sans doute comme « misérable » le tronc de l'utéro-ovarienne. La méthode fut accueillie avec enthousiasme, mais ce fut un enthousiasme de courte durée car les opérateurs n'enregistraient toujours que des revers à mettre au compte de la septicémie ou de l'hémorragie. Force fut alors d'abandonner un procédé qui tomba peu à peu dans le plus complet discrédit.

Vers le même moment (1830) Delpech de Montpellier essaya de reprendre mais différemment par voie abdominale l'opération qu'avait proposée Gutberlet et que, selon les conseils de ce dernier, Langenbeck avait exécutée en 1825 aux dépens de sa malade. Delpech imagina de se servir d'un procédé mixte abdomino-vaginal dont il est le véritable créateur. Voici le récit de l'opération telle qu'il la pratiqua :

« La malade étant couchée horizontalement sur un lit dur ; les parties sexuelles furent rasées. Placé au

côté droit de la malade, nous pratiquâmes, sur le quart inférieur de la ligne blanche, une incision demi-circulaire, formant un lambeau de la peau et du tissu cellulaire dont la dissection mit à nu la ligne blanche dans l'axe de la base du demi-cercle. Nous divisâmes alors la ligne blanche dans l'étendue qui en avait été découverte, ainsi que le péritoine correspondant.

« Alors le doigt indicateur de la main droite étant porté dans le vagin, et le même doigt de la main gauche dans la plaie de l'hypogastre, ils furent dirigés, le premier, au point antérieur et droit du fond du vagin ; le second, dans le côté droit de la fosse péritonéale inter-utéro-vésicale : les deux doigts se touchaient distinctement avec l'interposition seule du vagin et du péritoine : alors la gaine d'un pharyngotome, modifié pour cet usage, fut glissée le long du doigt indicateur de la main droite jusqu'au point où appuyait le bout de ce doigt. Un cylindre de corne, recourbé dans sa longueur, terminé en pavillon de trompette par l'une de ses extrémités, fut glissé par cette extrémité même, par la plaie de l'hypogastre, le long du doigt indicateur de la main gauche, de manière que la trompe du cylindre emboîtait la saillie que la gaine du pharyngotome formait au fond du vagin. En cet état, la lame du pharyngotome fut démasquée par le jeu du presseur : elle perfora la double cloison membraneuse et se logea dans la trompe du cylindre recourbé ; passant alors la totalité du pharyngotome, sa gaine

pénétra dans la même voie, tandis que la lame était cachée de nouveau.

« Une bougie de gomme élastique, glissée le long d'une gouttière ménagée sur l'une des faces de la gaine du pharyngotome, pénétra dans la cavité du cylindre recourbé et ressortit bientôt par l'hypogastre, guidée par le cylindre, le pharyngotome fut retiré d'un côté et le cylindre recourbé de l'autre. La bougie traînait le plein de deux ligatures de fils d'argent dont les chefs restaient pendants par la vulve.

« Deux doigts suffirent pour attirer le fond de l'utérus derrière la plaie hypogastrique de manière à pouvoir lui imprimer un mouvement de rotation dans tous les sens. Il fut aisé, dans un de ces mouvements, de saisir le ligament large gauche et de le dévider par la plaie, jusqu'à ce que l'ovaire et la trompe fussent au grand jour : ces organes étaient sains : et revenant tout auprès de la matrice, nous pûmes couper la trompe et le ligament large dans près de la moitié supérieure de sa hauteur, par le moyen des ciseaux et sans risquer de rien blesser, car la section se faisait hors de l'abdomen. Après un inventaire semblable du côté opposé, le ligament large droit fut coupé de la même manière et de la même quantité : les deux sections n'entraînèrent pas d'hémorragie ; mais nous étions en mesure d'y parer par des ligatures immédiates et isolées.

« Alors, nous passâmes par-dessus et derrière le fond et le corps de l'utérus, le plein des deux ligatures métalliques ; et faisant retirer leurs chefs par

la vulve, nous dirigions avec nos doigts les deux fils dans le fond des sections des ligaments larges, et derrière jusqu'au-dessous de la partie du col de la matrice autour du vagin. Aucun des viscères flottants ne fut menacé d'être pris dans les ligatures ; les chefs de celle-ci furent engagés dans l'orifice d'une canule serre-nœud, et attachés aux clefs d'un sabot à encliquetage.

« Cet appareil servit à donner sur-le-champ aux deux ligatures un degré extrême de constriction, pour qu'elles pussent couper au plus tôt et mortifier immédiatement les parties embrassées par leur anse.

« Enfin, soulevant la matrice par la plaie de l'hypogastre, nous la retranchâmes immédiatement au-dessus du nœud ; après quoi l'opercule cutané, qui avait été réservé à dessein, fut rajusté et ferma totalement la plaie du ventre. »

Le résultat ne se fit pas attendre. La mort survint rapidement et d'autres cas ayant été traités de la même façon, les décès succédèrent aux succès. A la suite de tant d'insuccès, Larrey lut à l'Académie un rapport défavorable sur l'opération de Delpech. En 1832 Velpeau en établit le funèbre bilan : 21 morts pour 21 interventions. C'était le dernier coup porté à l'hystérectomie pour cancer qui, bannie définitivement de la pratique, ne devait y rentrer que près d'un demi-siècle plus tard, lorsque l'anesthésie et l'antisepsie auraient marqué le commencement d'une aurore nouvelle.

CHAPITRE II

Période d'abandon de l'hystérectomie de toute forme

La période comprise entre 1830 et 1878 constitue une phase de transition bien caractéristique par l'abandon général visant tout traitement curatif du cancer utérin. C'est une phase de régression amenée naturellement par les excès prématurés des années précédentes. Les chirurgiens les plus en vue renient toute intervention radicale, voire même pour beaucoup, la simple amputation du col, à moins qu'elle ne soit faite à l'« écraseur » et encore ! c'est la période des cautérisations à la pâte de Vienne et au fer rougi à blanc. Pour connaître l'opinion exacte professée alors, ouvrons le *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* de Vidal de Cassis, titulaire de ces mêmes chaires d'enseignement. Il y est écrit : « Je ne suis pas le moins du monde partisan des opérations pratiquées sur la matrice pour détruire ou enlever *partiellement* ou *complètement* cet organe, cependant je vais décrire ces opérations,

car je n'ai la prétention ni d'imposer mes opinions, ni d'effacer des livres de médecine opératoire des méthodes, des procédés admis par des hommes qui peuvent passer pour des maîtres. » Et pourtant il décrit parfaitement une méthode hypogastrique et une vaginale à la manière de Sauter qui fait « culbuter » l'utérus dans le vagin ; mais il dit nettement n'avoir confiance ni en l'une, ni en l'autre, et doute même de « l'authenticité des faits invoqués pour démontrer la possibilité de l'ablation de la matrice sans que mort s'ensuive nécessairement » (p. 449). Il va plus loin encore et doute de la possibilité même des procédés proposés : « Langenbeck a la prétention de disséquer le péritoine et de le séparer du corps de l'utérus ; c'est sans utilité réelle, seulement l'opération est beaucoup plus longue et plus difficile, si réellement elle est possible. »

Ceci date de 1850. Dix ans plus tard la réaction paraît encore plus accentuée. Nélaton écrit en 1860 dans son *Traité de pathologie chirurgicale* : « On sait à combien de mécomptes serait exposé le chirurgien qui espérerait faire toujours disparaître la maladie par une opération. Nous connaissons les dangers inhérents à l'amputation du col introduite dans la pratique par Lisfranc ; il faut abaisser l'organe tout entier et l'on sait que cette manœuvre est fort dangereuse. Les statistiques d'amputations faites à l'écraseur sont plus favorables que celles pratiquées au bistouri ; mais nous n'insisterons pas davantage sur cette opération qui n'est indiquée que dans des cas

tout à fait exceptionnels. Quant à l'amputation partielle du corps de l'utérus, à l'extirpation de la matrice cancéreuse, qu'il nous suffise de dire qu'elles ont été tentées. Un succès obtenu par hasard ne saurait légitimer une semblable tentative. » Tout se borne donc pour Nélaton à un traitement palliatif dont les caustiques feront aussi tous les frais.

Si, pour la troisième fois, nous nous reportons à dix années plus tard, nous pouvons consulter Alphonse Guérin dont les *Eléments de chirurgie opératoire ou Traité pratique des opérations* paraissent en 1869. Cette fois encore nous serons édifié complètement.

« L'utérus ne devant être extirpé que dans le cas de cancer, affection qui récidive presque toujours, je trouve beaucoup plus sage de *laisser les malades mourir de leur maladie* que de chercher à les guérir par une opération qui a tué plus de femmes qu'elle n'en a sauvé. Récamier a tenté six ou sept fois l'extirpation de la matrice, et toujours la mort a suivi de près l'opération. Je sais bien que plusieurs observations de guérison ont été publiées; mais, pour me convertir à une semblable pratique, il faudrait qu'après avoir assisté à ces opérations, je pusse vérifier par moi-même que les malades n'y ont pas succombé. Jusque-là je regarderai l'extirpation comme *une opération qu'il est inutile de décrire.* »

Quant à l'excision du col, il nous apprend que c'est une pratique généralement abandonnée et finit par conclure que le meilleur moyen de lutter

efficacement contre le mal nous est fourni par les cautères « potentiel et actuel », sur lesquels il insiste avec détails.

Enfin parut en 1852 le *Traité pratique des maladies de l'utérus* par Courty. « Ce gros livre bon enfant, dit Reverdin, dans lequel l'auteur s'efforce de grouper les connaissances éparses, est un louable effort, plus méritant qu'on ne le pourrait croire aujourd'hui en comparant cet ouvrage à ceux de la littérature moderne sur la matière. On est frappé par la disproportion qui existe entre la somme des connaissances d'époques relativement si rapprochées !! » Courty proteste vivement contre l'abus des caustiques qui sont, dit-il, « inutiles parce qu'ils ne peuvent atteindre la profondeur du mal et nuisibles non seulement parce qu'ils peuvent, en se répandant, atteindre d'autres parties que celles sur lesquelles on les applique, mais parce que leur action, incomplète comme destructive, est énergique comme excitante : l'inflammation qu'ils déterminent dans le cancer lui-même en hâte les progrès, en favorise l'extension, en accroît la force de végétation, et donne habituellement lieu, dans l'intervalle qui sépare une première application d'une seconde, à une repullulation dont les effets m'ont toujours paru être une augmentation réelle du mal qu'on croyait avoir amoindri. »

Il faut donc recourir à une opération sanglante et il revient à l'amputation du col, car en dépit des discussions à l'ordre du jour sur l'ovariotomie et les

fibromes, il est encore trop tôt pour parler d'autre chose, quand il s'agit de cancer : « Je ne parle d'amputer que le col et même que la portion intravaginale de cet organe. C'est dire assez nettement que dans les cas de cancer, je repousse comme inutile ou dangereuse l'amputation de la portion sus-vaginale du col et, à plus forte raison, l'amputation du corps ou l'extirpation de l'utérus en totalité. Malheureusement ces opérations ont eu assez de vogue à une époque, pour que la triste expérience que l'on a faite de leurs résultats permette de porter sur elles un jugement sérieux et qui me paraît devoir être sans appel. La mort ayant toujours été la suite de l'extirpation de la matrice cancéreuse, surtout lorsque l'ablation a été pratiquée par le vagin, il est démontré, par l'expérience la plus directe possible, qu'une opération si meurtrière ne doit pas être tentée. Est-il besoin d'ajouter qu'à ce motif tout chirurgical de rejeter l'opération vient s'en joindre un autre d'un poids plus grand encore ? C'est de tenter une opération si grave quand on n'est pas sûr d'emporter tout le mal, lorsque quelque localisation voisine de la principale localisation dans l'utérus peut nous échapper, lorsque enfin l'affection qui l'a engendrée persiste et que rien ne nous indique que l'action en soit épuisée. Un simple traitement palliatif prolongera plus sûrement les jours de la malade et devra être toujours préféré. » Voici donc où nous en sommes en 1872.

Cependant que la thérapeutique du cancer res-

tait toujours au même point, d'autres tentatives intéressantes étaient faites, à l'étranger notamment, contre une tumeur voisine, mais d'ordre plus bénin du même organe : le fibrome utérin.

Le 16 janvier 1844, Charles Clay, de Manchester, voulant pratiquer l'ovariotomie, déjà admise en Angleterre, pour un kyste de l'ovaire, se trouve aux prises, par suite d'une erreur de diagnostic, avec un fibrome utérin. Il s'agissait d'une tumeur de vingt livres ; Clay ayant fait son incision abdominale ne craint pas de l'enlever. L'opération fut rapide et facile et les suites s'annonçaient comme devant être parfaites lorsque le quinzième jour, la malade succomba à la suite d'une chute de son lit.

Heath, de Manchester, perd aussi sa malade en voulant pratiquer la même opération, de parti pris la même année, avant Clay, dit Storer, après lui, rapporte Kœberlé.

Burnham (Amérique du Nord) sauva, le premier, sa malade malgré suppuration.

En 1853 Kimball exécute à nouveau, en Amérique, une abdominale pour fibrome.

Son opérée guérit complètement.

Pourtant ces succès, propres à encourager, étaient vivement combattus, même à l'étranger. A la Société médico-chirurgicale, de Londres, on se demande si au lieu de discuter, il ne valait pas mieux abandonner définitivement toutes ces tentatives « indignes de l'art et propres à le compromettre ». En France où la « hardiesse de quelques-uns brûlait de s'affirmer », l'Académie refroidit ce beau zèle. Par l'organe de

Velpeau, elle excommunia l'ovariotomie, des « opérations justiciables, quand même les guérisons annoncées seraient réelles ». Cet anathème de l'Académie paralysa l'ardeur du bistouri français et cette période d'hésitation fit perdre une dizaine d'années à la plus belle conquête de la chirurgie moderne. Il fallut la lecture de nouveaux succès américains et anglais pour ranimer le courage de Kœberlé et plus tard, de Péan.

Le 2 juin 1862 Kœberlé exécuta sa première ovariectomie. Ce fut une imposante cérémonie qui, suivant les paroles de Reverdin, fut comme le « Sésame ouvre-toi » de la gynécologie contemporaine. L'année suivante (1863) il pratiqua, de propos délibéré, une abdominale, pour fibrome, dont il est ainsi en France le véritable promoteur.

Or, notons-le, tout cela se passait avant les travaux de Pasteur, avant leur application à la chirurgie, par Lister et ses émules.

Ne convient-il donc pas de dire que cette phase de régression, comprise, pour le traitement du cancer utérin, entre 1830 et 1878, est aussi une phase de préparation, si l'on considère, comme nous le disions dans notre introduction, que, si l'on n'ose plus s'attaquer à une tumeur cancéreuse, en revanche de grands pas sont faits dans la voie de l'ovariotomie, la voie curative des fibromes, et que ces progrès, rapidement accentués, conduiront à une perfection opératoire plus grande dont l'hystérectomie pour cancer bénéficiera naturellement peu après.

L'anesthésie commençant à entrer dans la pratique dès 1847, les travaux de Pasteur devant jeter bientôt un jour nouveau sur la conception moderne du champ opératoire idéal ; on peut affirmer que si rien n'est créé de neuf pour le sujet qui nous concerne, tout est en voie de préparation, et qu'on voit poindre l'aube d'une ère nouvelle de la gynécologie.

CHAPITRE III

Période de renaissance de l'hystérectomie

Les travaux de Pasteur sur la génération spontanée, établis dès 1860, et la découverte de l'antisepsie étaient appelés fatalement, en entrant dans la pratique, à révolutionner le milieu chirurgical. Le retentissement des nouvelles théories émises eut sa répercussion immédiate dans le domaine opératoire et fut le signal qu'attendaient de nouvelles audaces pour se donner libre cours. L'année « 1878 » est une date mémorable à cet égard. De tous côtés et sous toutes formes, une lutte acharnée reprend contre les maux les plus enracinés et le cancer utérin se revoit attaqué, en même temps, par trois moyens différents. En effet, le 30 janvier 1878, Freund, de Strasbourg mène à bien sa première hystérectomie abdominale pour cancer ; le 1^{er} février, Schröder pratique, pour la première fois, l'amputation supravaginale du col (par voie vaginale) et le 12 août de la même année Czerny, de Heidelberg, exécute un modèle d'hystérectomie vaginale pour cancer, remarquable par son

hémostase bien réglée et la stricte application des principes de l'antisepsie. Dès lors il faut diviser l'évolution de l'hystérectomie en deux parties, d'un côté celle de la vaginale, de l'autre celle de l'abdominale. Nous allons voir comment tour à tour l'une et l'autre vont être en faveur. Pendant une première période de près de vingt années (1878-1896), l'abdominale, quoique pratiquée par quelques fervents, surtout à l'étranger, reste une opération considérée comme presque inaccessible et est par suite absolument délaissée.

Au contraire la vaginale, non sans lutte acharnée, s'affirme, comme l'opération de choix, et, après de très importants progrès de technique, laisse loin derrière elle l'amputation partielle que lui opposaient encore, en 1886, quelques partisans de l'ancien régime.

Puis en 1896, les choses changent de face ; à la suite des communications de Terrier à la Société de Chirurgie, la cause de l'abdominale gagne du terrain ; si bien que, dès 1899, Ricard dépose au Congrès de Chirurgie un rapport en sa faveur. La vaginale est pour ainsi dire détrônée et, bien qu'elle garde des partisans convaincus ; c'est pour ainsi dire comme l'avènement de l'abdominale. Nous allons d'abord, dans deux paragraphes distincts, étudier l'histoire de ces deux périodes successives.

§ 1. — *Première période (1878-1896).*

Lorsqu'en 1878 Freund eut la hardiesse de faire revivre l'hystérectomie abdominale totale, il utilisa d'abord la voie haute seule : se contentant « d'isoler la vessie, de lier les pédicules vasculaires en masse et de libérer le col par une incision circulaire ; il terminait en réunissant les deux tranches vaginales après avoir attiré dans le vagin les chefs de ligatures appliquées sur les vaisseaux ». Il opéra ainsi une série de dix cancéreuses, dont sept succombèrent rapidement. C'était peu encourageant. Mais, sans se laisser démonter, il reprit le cours de ses opérations deux ans plus tard et, sur les conseils de Rydygier et de Bardenheuer, commença par la voie basse « en faisant l'incision circulaire du col pour faciliter les manœuvres abdominales. De plus, au lieu de lier les vaisseaux en masse, il employait la ligature séparée des utérines et des utéro-ovariennes et drainait par le vagin ». Une nouvelle série de dix cas fut ainsi traitée. L'année d'après (1881), il proposait en plus de compléter l'exérèse par l'ablation des ganglions.

L'impulsion étant donnée, plusieurs chirurgiens imitèrent son exemple : Hofmeyer en Allemagne, Jacobs en Belgique, etc., mais, en France, on n'était pas encore déterminé à s'adonner à une pratique dont la statistique accusait l'effrayante mortalité de

50 o/o, et bientôt l'opération de Freund tomba dans un profond discrédit.

D'ailleurs, les partisans de l'hystérectomie vaginale avaient déjà bien assez de peine à faire admettre leurs idées. Depuis que Czerny avait recréé, de toutes pièces, cette opération à l'étranger, Péan et Demons s'en étaient emparés en France, en 1882, et essayaient de la faire triompher.

Attaquée aussitôt par quelques membres influents de l'Académie, on lui objectait que l'amputation du col avait sur elle la triple supériorité d'être « plus facile, moins dangereuse et plus efficace ». Encore ne s'agissait-il pas de la sus-vaginale, que Schröder venait de mettre au monde en 1879, mais bien de l'antique résection avec la chaîne d'écraseur.

Richelot éleva la voix et, dès 1886, posa en principe, au Congrès de chirurgie, qu'en présence des mauvais résultats de l'opération de Freund « tout cancer opérable, si minime qu'il soit, devait être enlevé par l'hystérectomie vaginale ».

C'était la bonne parole qu'approuvaient alors les esprits avancés. Mais au cours d'un long débat à la Société de Chirurgie, en 1888, Verneuil, s'appuyant sur une série de vingt-deux observations, dont le diagnostic était contestable, faute de preuves histologiques certaines, fit le procès de tout procédé nouveau.

Quelques membres de l'assemblée partagèrent son opinion, tandis que Péan, Segond, Richelot, Pozzi, Terrier, Bouilly protestaient vivement, si bien

qu'au Congrès de la même année 1888, lorsque Verneuil, président, s'exprima ainsi dans son discours d'ouverture :

« Notre ardeur s'est modérée et à ce jour remettant en parallèle les avantages respectifs de l'ablation totale, de l'ablation partielle et du traitement palliatif, nous faisons à la première, une part de plus en plus restreinte. »

Terrier et Pozzi déposèrent dans leurs communications en faveur de l'hystérectomie. Pozzi, dans sa clairvoyance, soutint même cette opinion que « plus le cancer était limité plus l'opération devait être étendue ».

Néanmoins, la question resta en suspens jusqu'au jour où les perfectionnements de la technique et l'expérience acquise vinrent restituer à l'hystérectomie vaginale totale la place indûment occupée par l'exérèse incomplète.

L'hémostase était le problème à résoudre pour assurer l'avenir de la méthode. C'est alors que Richelot fit faire un grand pas à la question, en proposant la forcipressure à demeure. Il se fit l'ardent propagateur de cette méthode à partir de 1885 et 1886 et, dès ce moment, la vaginale entra dans la phase des perfectionnements définitifs.

Péan, d'autre part, fut le premier à conseiller et à pratiquer le morcellement dans l'ablation de l'utérus cancéreux. Ce procédé, discutable aujourd'hui, quand il s'agit d'un foyer infectieux comme celui d'un néoplasme malin de cette nature, fut pour l'époque un

nouvel appoint pour la facilité d'exécution de l'opération ; le « grand morceleur » qu'était Péan rendit par là un éminent secours à la technique chirurgicale naissante. A la suite de ces perfectionnements : hémostase bien réglée, morcellement des tumeurs, l'hystérectomie prit définitivement son essor.

Boeckel, Pozzi, Segond, Doyen, Quénu, les uns par leurs succès, les autres, par les procédés nouveaux qu'ils proposaient, contribuèrent à établir la solide réputation de la vaginale qui s'étaya, peu à peu, sur les excellents résultats de la pratique et finit par devenir la méthode de choix.

Pendant que ces événements se déroulaient, des perfectionnements d'une autre espèce permettaient à la méthode opposée, l'abdominale, de sortir progressivement de l'abandon où elle était plongée, depuis les premiers revers de Freund. Ces perfectionnements arrivèrent encore à la chirurgie du cancer par l'intermédiaire de celle des fibromes. Dès 1869, Péan, inspiré par Kœberlé, avait voulu appliquer au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus un procédé d'hystérectomie abdominale subtotale, mais devant les difficultés de l'hémostase et du traitement du pédicule, cette tentative n'eut primitivement ni suite ni imitateurs. « En voyant manier toutes ces broches, fil de fer, tenailles, dit Reverdin, on ne pouvait se défendre du sentiment qu'on assistait à œuvre de serrurier, plutôt qu'à celle de chirurgien, et on éprouvait le secret désir de voir remplacer toute cette

ferraille par quelque chose de plus simple et de plus biologique !! »

Mais, Kœberlé, en 1872, reconnut et défendit la supériorité des ligatures perdues ; Schrœder, en 1878, ouvrit une voie nouvelle en proposant délibérément l'abandon du pédicule, dans l'abdomen, réalisant ainsi le traitement intra-péritonéal de ce pédicule. En 1885, l'usage du plan de Trendelenbourg entra dans la pratique. Enfin, en 1889, Hofmeier, de Wurtzbourg, substitua au traitement intra-péritonéal le traitement rétro-péritonéal du pédicule.

Dès lors un courant d'opinions favorables à la subtotale, pour fibromes, se dessina rapidement. En 1890 le parti des interventionnistes fit de nombreux adeptes et, tandis qu'à certains, l'opération semblait inspirer encore une telle terreur, qu'on vit des chirurgiens expérimentés chercher dans l'électricité un moyen de guérison de l'utérus fibromateux, en 1892, Richelot s'en fit le défenseur et le propagateur, L'année d'après, il avait l'approbation de Péan, Doyen, Kœberlé, Delagenière et de la majorité des chirurgiens qui déposèrent leurs conclusions en faveur de l'abdominale au Congrès de chirurgie dont la question à l'ordre du jour portait sur les : « tumeurs fibreuses de l'utérus ».

Les progrès accomplis dans la cure radicale des fibromes n'auront leur répercussion que quatre années plus tard sur celle du cancer utérin. C'est qu'en effet, si la subtotale pour fibrome est déjà en vigueur, l'abdominale totale, véritable et non mixte

n'est pas encore installée, et il nous faut attendre 1896, pour assister à son avènement.

C'est pourquoi, dans l'édition du *Traité de gynécologie* de 1892, Pozzi écrit encore : « L'extirpation totale, par l'abdomen, du cancer utérin est à la fois une opération des plus redoutables et d'un bénéfice précaire. Cela ne doit-il pas suffire à faire reculer le chirurgien ? Pour ma part, dans les cas où l'hystérectomie vaginale ne me paraîtrait pas possible, je préférerais avoir recours à la voie sacrée ».

C'est aussi pourquoi dans l'édition de la même année du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, Pierre Delbet nous dit : « L'hystérectomie abdominale en cas de cancer du col est universellement abandonnée. C'est donc le parallèle de l'amputation sus-vaginale et de l'hystérectomie vaginale qu'il reste à faire ».

Mais l'élan est donné, la pratique de la subtotale pour fibromes a enhardi les esprits ; bientôt le retentissement des succès américains va arriver jusqu'à nous et alors, sous l'impulsion de quelques chirurgiens audacieux, l'abdominale va prendre une place prépondérante conquise aux dépens de la vaginale.

§ 2. — Période contemporaine (1896 à nos jours).

Pendant que l'on discutait, à propos de la subtotale pour fibromes, sur la manière de traiter le pédicule, quelques essais plus audacieux étaient tentés du côté de l'hystérectomie totale. Toutefois la crainte

de l'hémorragie bridait encore de telles hardiesses et les premiers rénovateurs de Freund, pour ne pas manquer l'artère utérine, estimaient plus prudent, au lieu de faire exclusivement la laparotomie, de recourir simultanément à deux voies, l'opération devenant ainsi, à leur gré, soit abdomino-vaginale, soit vagino-abdominale, suivant leurs préférences, pour une attaque haute ou basse. C'est sous le couvert de cette méthode mixte, entrevue et pratiquée jadis par Delpach, rajeunie et mise au point par Bardenheuer, de Cologne, que pénétra peu à peu en France la véritable hystérectomie totale.

En 1886, Péan exécute, en seservant de la méthode mixte, sa première totale pour fibrome. Cette première observation est suivie l'année d'après de celles de Doyen (1887). Quelques années s'écoulent et enfin les chirurgiens n'ont plus peur ; ils enlèvent l'utérus en totalité, commençant et achevant l'opération par la voie haute. C'est ainsi, qu'en 1894, Delagenière rapporte au Congrès de chirurgie deux premiers cas de fibromes guéris par l'abdominale totale, à voie unique.

En 1895, les heureux résultats et la technique récemment décrite de Kelly étant parvenue en France, Delagenière entraîne la conviction de son maître Terrier. Ce dernier applique l'hystérectomie totale et subtotale à douze cas de fibromes et à un de cancer utérin (30 avril 1896) : observations qu'il rapporte en 1896 au Congrès de chirurgie. De son côté, Montprofit, en même temps que Terrier, s'adonne

aussi à l'abdominale totale pour cancer. A la suite des deux éminents praticiens, suivent les observations de Doyen, Richelot, Segond, Reynier, Ricard, etc. Cette vigoureuse impulsion et une heureuse série de succès consacrerent, définitivement, la réputation de l'abdominale qui devint alors une opération courante. Au Congrès de chirurgie de 1897, Terrier proclame à nouveau ses résultats, avec une tendance à conseiller de préférence quand cela est possible, la supravaginale qui semble « plus simple, plus rapide et donne d'excellents résultats dans la majorité des cas » ; mais cette préférence ne saurait s'appliquer au cancer utérin, dont la localisation cervicale est le siège le plus fréquent. Dans le courant de l'année il avait pratiqué derechef quatre « totales » pour épithélioma utérin : quatre succès. Au congrès de 1898, nouvelle confirmation par Terrier de la valeur de la subtotalé. Reynier qui a pratiqué, de son côté, huit abdominales totales pour cancer, annonce six guérisons, six de ces malades ayant été prises au début. Argumenté par Terrier, celui-ci lui répond que durant l'année 1897-1898 il a opéré quatre derniers cas de tumeurs épithéliales et qu'il a eu deux insuccès, que de plus, ayant suivi la plupart de ses opérées pour cancer, les résultats éloignés n'ont pas été meilleurs que ceux obtenus par voie vaginale, qu'en somme l'espoir d'éviter ou de retarder une récurrence en se servant de l'abdominale totale, qui permet une exérèse plus large que la voie vaginale, ne lui paraît pas justifié. (Cette restriction formulée par Terrier dès 1898 est à retenir. Nous y reviendrons.)

Nous arrivons ainsi au Congrès de 1899, congrès mémorable par le sujet mis à l'ordre du jour et les discussions qui en naquirent. Ricard ouvre le feu par la lecture d'un rapport plaidant avec chaleur la cause de l'abdominale, même appliquée au cancer. « C'est l'opération de choix, dit-il en concluant, pour les néoplasmes au début, car seule elle permet une extirpation large des tissus et des ganglions. » « La vaginale ne peut être envisagée désormais que comme une opération palliative à mettre au rang de l'amputation du col. »

Richelot n'est pas de cet avis et soutient la vaginale avec conviction et talent. L'abdominale, dit-il, a une mortalité beaucoup plus élevée que la vaginale et ne donne pas de meilleurs résultats.

Poursuivre le mal, quand il est déjà localisé dans les ganglions, est une vaine tentative. Il faut « prévenir » cet envahissement en intervenant à temps par voie vaginale et non pas le « poursuivre » par voie abdominale, car alors, il est trop tard. Sans insister plus longtemps sur ces discussions, dont nous reparlerons, disons que chacun des interlocuteurs, malgré leurs vibrants plaidoyers, ne put entraîner la conviction de l'adversaire, comme il arrive toujours en pareil cas. Ricard resta partisan de l'abdominale et Richelot champion de la vaginale. Terrier, d'après l'ensemble de ses observations, semble rester hostile à l'abdominale appliquée au cancer. « Elle est d'une gravité désespérante, dit-il, surtout pour les résultats ultérieurs qui sont déplorable. » D'autre part, en Améri-

que, Kelly Clark et Riess considèrent toujours la voie haute, comme le procédé de choix, pour toutes les formes du cancer utérin. En Allemagne, la supériorité de l'abdominale est proclamée par Freund Peiser et autres. En Belgique, Jacobs estime que le règne de la vaginale est passé, la voie haute permettant seule l'évidement du bassin qu'il considère comme indispensable.

En réalité, même de nos jours, la question est encore pendante, et si l'hystérectomie abdominale pour cancer, abandonnée pendant quinze ans, de 1881 à 1896, au bénéfice de la vaginale, est en pleine renaissance depuis onze ans, époque où Terrier publia ses premières observations, nous ne croyons pas qu'elle ait, définitivement, terrassé sa rivale. Bien au contraire, une sorte de retour en arrière semble se dessiner ; et, bien que l'abdominale reste la méthode encore employée par nombre de gynécologistes, il en est qui, en dehors des partisans convaincus de la vaginale, semblent revenir insensiblement vers elle, soit sous forme de méthode mixte ou de voie périnéale.

Depuis 1900, un élément de plus est entré dans la lutte ; faut-il se contenter d'enlever, s'il est nécessaire, l'utérus et une collerette vaginale ou pratiquer systématiquement l'évidement du bassin ?

Déjà en 1890, appliquant les idées de Freund, Hofmeier, Kelly, Riess, etc., pratiquaient de larges extirpations avec recherche ganglionnaire et excision du tissu conjonctif sous-péritonéal.

Plus tard, Jonnesco a proposé le grand évide

ment lombo-ilio-pelvien, avec dissection des uretères et Wertheim, au Congrès de Rome, en 1902, la dissection du vagin poussée aussi bas que possible, suivie de sa section entre deux clamps courbes, la ligature des vaisseaux à leur origine, ou mieux celle de l'hypogastrique et l'ablation du paramétrium aussi près que possible des parois du bassin. Une opération ainsi menée devient une hystérectomie « plus que totale ».

Une dissection aussi anatomique rend-elle vraiment des services ? Qui a raison des partisans de l'évidement ou de ceux qui prétendent, qu'en faisant œuvre d'anatomiste plus que de chirurgien, on ne peut que nuire au sujet opéré ?...

C'est ce que nous essaierons d'éclaircir dans un prochain chapitre.

CHAPITRE IV

Etat de la question en 1907

Maintenant que nous connaissons l'historique de notre sujet et les fluctuations diverses par lesquelles est passé, successivement, le traitement du cancer utérin, il nous reste à voir à quel point nous en sommes aujourd'hui.

Quels sont nos moyens d'action contre ce mal, d'autant plus dangereux qu'il est, au début, indolore et sournois ?

Les sérums n'ont jusqu'à présent donné que des déboires, et celui qui, dans ces dernières années, a fait le plus parler de lui, ne semble pas avoir tenu les promesses que pouvait en attendre son créateur. C'est du moins ce qu'il ressort de l'examen des malades mis au traitement d'essai, sous le contrôle de la commission déléguée par la Société de chirurgie.

Ne reste alors, comme traitement radical, qu'une intervention précoce. Suivant les paroles du regretté

professeur P. Poirier, il est permis de penser que le cancer, d'une manière générale, qu'il s'attaque à la langue, au sein, à l'utérus ou à tout autre organe, est une affection primitivement locale et que si au début l'on enlève largement le mal, y compris le territoire ganglionnaire correspondant, on a au moins des chances d'une guérison durable, sinon définitive.

L'écueil réside dans le fait, parfois impossible, de dépister le mal au début. Quel dommage, disait Poirier, dans une leçon faite en 1905, que le cancer ne soit pas douloureux dès les premières phases de son développement ! On aurait alors là une ressource excellente pour amener les femmes à une consultation précoce. Mais les choses ne vont pas ainsi et alors quelques-uns ont proposé, afin d'exercer une surveillance minutieuse, de conseiller aux femmes, approchant de la ménopause, un examen médical que la prudence exigerait de renouveler tous les deux ou trois mois, afin de surprendre, dès son éclosion, l'ulcération suspecte, si elle venait à se produire. Une telle circonspection ne paraît pas exagérée outre mesure, mais comme elle est inapplicable à une grande catégorie de femmes, ce qu'il est avant tout nécessaire de répéter, c'est que toute chance de salut ne pouvant résider que dans une intervention précoce, il est absolument urgent à toute femme, arrivée à l'âge de la ménopause et perdant anormalement du sang ou des eaux rousses, de prendre un avis médical doublé, s'il est nécessaire, après prélèvement d'un fragment de la région suspecte, de l'avis d'un histologiste.

Dans de telles conditions la lutte contre le cancer deviendra efficace.

Ces conditions étant requises, par quel chemin attaquerons-nous l'ennemi et comment vaut-il mieux nous en débarrasser ? « Sans cesser de perfectionner les opérations, disait le professeur Pozzi en 1901, dans sa leçon d'ouverture de la chaire de Gynécologie, peut-être est-il nécessaire de s'appliquer davantage à en préciser exactement les indications et les limites. »

Nous réservant de revenir dans un dernier chapitre sur deux méthodes dont dernièrement on a commencé à reparler, surtout à l'étranger, la voie périméale et la méthode mixte, deux moyens d'action s'offrent à nous : l'hystérectomie totale abdominale ou vaginale. Laquelle choisir ?

Dans l'édition de 1897 du *Traité de Gynécologie*, un an après la première communication de Terrier au Congrès de Chirurgie, Pozzi s'exprime ainsi : « Je crois qu'on peut hardiment poser en principe que tout cancer, dont l'extirpation par voie vaginale est impossible, n'est plus justiciable que du traitement palliatif. »

Nous avons vu combien les choses ont changé en dix ans et comment l'abdominale, délaissée pendant quinze ans, a repris brusquement le dessus ; nous avons la confirmation de cet avancement, si l'on peut dire, dans la différence flagrante qu'il y a entre la phrase précédemment citée et l'opinion exprimée

par Pozzi dans la dernière édition du même *Traité de Gynécologie* (1905).

« La voie abdominale est l'opération de choix, à condition de ne pas la compliquer de recherche ganglionnaire pratiquée de parti pris, d'excision de tissu cellulaire et de dissection des uretères. Quant à la vaginale, sans être formellement repoussée, elle n'est réservée que pour les rares cas à stricte limitation au museau de tanche. »

Une telle conduite est-elle celle qu'il faut rigoureusement adopter comme la meilleure ? Dans certains cas, oui, mais nous objecterons que la place de la vaginale y est par trop restreinte. Après discussion et publication de quelques observations inédites, c'est ce vers quoi nous essaierons de faire tendre nos conclusions.

Les partisans de la voie abdominale font, à la voie naturelle, quatre reproches que nous trouvons formulés catégoriquement dans un travail de Francisque Belleut, du Havre, un des premiers en date en faveur de l'hystérectomie abdominale pour cancer (1900) reproduit dans les *Archives provinciales de Chirurgie* (1901) : « L'hystérectomie vaginale ne peut être qu'une opération palliative parce que : 1° elle abandonne les ganglions et n'enlève pas assez largement les tissus malades ; 2° elle n'est pas moins meurtrière que l'abdominale ; 3° elle ne donne pas de longues survies et donne exceptionnellement des guérisons radicales. Suffisante cependant dans quelques cas au début, livrés au hasard, par l'absence de retentissement

ganglionnaire néoplasique, elle est utilisable dans les cas où un embonpoint excessif contre-indiquerait la voie haute. »

Voilà une accusation en règle et à laquelle Richelot a répondu fort justement point par point :

A) Les ganglions, dont l'envahissement cancéreux hypnotise les partisans de l'abdominale, sont-ils toujours touchés dans le cancer de l'utérus ? Non. Le sont-ils souvent ? Peut-être, mais les affirmations des auteurs, sur ce sujet sont contradictoires, 22 fois sur 23 d'après Rouffart, 1 fois sur 2 d'après Peiser.

B) En admettant même, que les ganglions soient pris, est-ce en eux que réside ordinairement la cause de la récurrence ? Presque jamais. Dans la grosse majorité des cas, la récurrence a lieu dans la cicatrice ou à sa proximité, très rarement dans les ganglions.

C) Enfin les ganglions sont-ils assez accessibles et bien distribués pour qu'un chirurgien puisse se flatter de ne pas en avoir oublié, non pas un seul, mais même un simple fragment ? Cela jamais. Les ganglions de l'aisselle si bien groupés, si facilement accessibles, dans le cancer du sein, déjouent maintes fois notre poursuite la plus attentive. Que penser alors de ceux de la cavité pelvienne, si profondément situés, si intimement accolés à des organes qu'il est nécessaire de respecter ? Toute tentative d'évidement complet n'est-elle pas illusoire, si l'invasion cancéreuse a dépassé l'utérus, inutile, si les ganglions sont indemnes ?

Dès 1899, Mauclaire se posait déjà cette question

dans la *Presse médicale* : l'évidement est-il radical ? et finissait par conclure, comme Richelot, que la méthode sus-pubienne, obéissant à la même fatalité que sa rivale, devait se résigner à n'être que palliative quand elle ne avançait pas l'infiltration péri-utérine. En collaboration avec Picqué, il reconnaissait aussi dans un article des *Annales de Gynécologie* que, par là même, l'abdominale ne pouvait pas donner de résultats meilleurs que la vaginale.

Le deuxième point, concernant la gravité respective des deux opérations, ne dépend uniquement que de la manière dont on se comporte dans la pratique de la voie haute. S'il ne s'agissait que d'enlever l'organe après laparotomie, les résultats seraient à peu près analogues de part et d'autre mais, comme les partisans convaincus de l'abdominale ne voient en elle qu'un moyen d'obtenir une exérèse plus complète, l'évidement tel qu'il est décrit, comprenant l'extirpation intégrale des ganglions jusqu'à la bifurcation de l'aorte, le dépouillement de l'uretère, et la dissection du tissu cellulaire pelvien, comporte une mortalité quatre fois plus grande que l'hystérectomie vaginale.

Pour être juste, il faut avouer que si cette dernière a une meilleure statistique que l'abdominale, c'est qu'elle n'englobe pas des cas aussi graves que sa rivale, mais pourtant, depuis qu'une plus grande fréquence opératoire est réalisée, les résultats devraient avoir une tendance à s'équilibrer, or une telle amélioration n'est pas précisément survenue.

Quant aux résultats éloignés, si en dépit des difficultés opératoires, la méthode sus-pubienne comportait une efficacité particulière, ce serait bien ; malheureusement cette supériorité des résultats est tout entière à démontrer. Dès 1898, au Congrès de Chirurgie, Terrier conteste, à propos de huit observations de Reynier, la supériorité de l'abdominale « dont les suites, dit-il, ne sont guère brillantes ». Depuis lors, en dépit de l'ampleur toujours plus étendue des extirpations proposées, la supériorité de l'abdominale n'a pas encore éclaté. On l'avait assurée susceptible d'amener des guérisons radicales plus fréquentes, et l'on arrive à nous dire « que les observations ne plaident pas beaucoup en faveur de cette idée » (Picqué, Mauclaire). Que reste-t-il alors des prétendus avantages de l'abdominale ? Et sincèrement convient-il, comme Freund, de Berlin, de ne regarder la vaginale que comme un palliatif tout juste bon pour des cas trop avancés, ou, à l'exemple de Cullen, de Baltimore, de la réserver seulement au cas de femmes si obèses que l'on ne puisse obtenir de belle plaie abdominale ? Non pas, ce qui a séduit les chirurgiens et les a attirés vers la voie haute, c'est l'idée première d'exécuter une opération plus parfaite, plus idéale, qui satisfait mieux l'esprit. « La vaginale se fait dans les ténèbres », dit Cullen ; « dans l'abdominale, l'œil contrôle le travail du bistouri », ajoute Wertheim ; avec le plan incliné et la grande valve automatique on voit admirablement bien les lésions, on protège les intestins, on

contrôle l'étendue du néoplasme, on assure l'hémotase, on évite le petit bassin, on fait, en un mot, œuvre chirurgicale de plus haute conception que par l'autre voie et c'est ce qui explique l'engouement général qu'a provoqué l'abdominale.

Mais si l'on examine de plus près les choses et si l'on s'attache surtout à connaître les résultats, on s'aperçoit bientôt que « l'opération vraiment curative est celle qui précède toute infiltration hors de l'utérus, qu'en dehors de là, il n'y a point de salut, que, lorsque nous sommes réduits à poursuivre le néoplasme dans les voies lymphatiques, il est trop tard, et que, dès lors, pour obtenir un excellent résultat, point n'est besoin d'avoir recours à la voie haute, car il ne faut pas nous leurrer sur la valeur des extirpations ganglionnaires. Tandis que les sections du col, même au-dessus de l'insertion vaginale, laissent persister l'infiltration qui chemina à travers l'isthme et touche la muqueuse utérine ; tandis que les sections, même précoces, à l'examen histologique, laissent voir entre les faisceaux musculaires des boyaux de cellules cancéreuses divisés par le bistouri et dont la suite est restée sur le moignon, par l'hystérectomie vaginale totale, nous enlevons toutes ces causes de récurrence immédiate, tout ce qui n'a pas franchi le tissu utérin. Il est constant que le cancer utérin traverse deux périodes, qu'il reste enfermé dans l'utérus avant d'envahir les régions voisines et que la durée de ces deux périodes est soumise à des conditions inconnues. Le but rêvé

c'est d'intervenir pendant la première période avant que la moindre cellule ait cheminé hors de l'utérus. Il faut « prévenir » l'envahissement, non le « poursuivre », hors de là tout est précaire, incertain ou condamné d'avance. Dans ces conditions, puisque l'hystérectomie vaginale, d'action aussi efficace, que l'abdominale a une mortalité presque nulle et bien inférieure à la dernière, puisqu'elle a fait ses preuves, pourquoi lui substituer une intervention dont le pronostic est bien autrement plus grave ?

« Il y a plus encore, l'invasion commencée et visible n'est pas toujours une raison pour perdre courage. Il peut n'y avoir qu'infection de proche en proche et non transport des cellules à distance. Des cols entièrement détruits, des culs-de-sac déjà indurés, signe d'une infiltration déjà profonde, ont pu échapper à la récurrence, après extirpation par la voie naturelle, et c'est pourquoi l'on peut risquer des opérations, n'ayant à première vue que peu de chances de succès, dans l'espoir de tomber sur un cas heureux qui peut se présenter. »

Nous avons vu pour notre part, un assez grand nombre de malades bénéficier largement de l'intervention par le vagin, voire même lui devoir une guérison complète. Nous en rapporterons les observations, en même temps que d'autres, où la voie abdominale a été employée et nous comparerons.

Parmi les motifs qui peuvent encore militer en faveur de l'hystérectomie vaginale, il convient de signaler la fréquence des fistules urinaires ou intes-

tinales au cours de la laparotomie, quand il y a eu précédemment des inflammations annexielles. Il n'est pas rare de constater que des malades atteintes de cancer de l'utérus, ont eu préalablement des lésions suppuratives des annexes ; de là des adhérences qui rendent parfois très difficile l'accès du fond de l'utérus.

Le Dr Pauchet a mis ce point en lumière dans sa thèse (1896) et raconte le fait suivant : « Un confrère distingué de Bruxelles, visitant il y a quelques mois les hôpitaux d'Outre-Mer, vit un chirurgien pratiquer cinq laparotomies pour prouver la supériorité de la voie abdominale. Dans trois de ces opérations, il dut appliquer le bouton de Murphy. »

Il s'agissait assurément d'une véritable malchance, mais l'exemple n'en est pas moins à retenir, et sans aucun doute, la libération de l'utérus par voie vaginale, dans cette mauvaise série, eût été moins sujette à caution, car, de ce côté, on sépare généralement bien l'utérus du dôme d'adhérences qui préserve la cavité péritonéale, sans léser l'intestin. P. Algave a rapporté un cas de ce genre en 1906 à la Société d'Anatomie, observation reproduite en 1907 dans la *Revue de Gynécologie*.

Pour ne pas tomber dans un excès contraire, empressons-nous de dire que nous ne refusons pas tout crédit à la voie haute. Il faut savoir pour certains cas, rares cependant, prendre parti entre deux opinions. « Le désir d'agrandir notre champ d'action n'est pas illégitime. » Dans un cas d'envahissement

limité d'apparence mais laissant peu d'espoir à l'hystérectomie vaginale : gros corps utérin, paramètre infiltré, friabilité des tissus, étroitesse du vagin, fixité de l'utérus, peut-on se résigner à considérer comme perdue, une femme encore pleine de santé ? Il faut accepter de bon gré la voie sus-pubienne, réséquer un lambeau vaginal, cueillir un ganglion qui se présente à la vue ou au doigt, et, quitte à essuyer une déception, tenter l'impossible pour tomber une fois sur un cas favorable.

Vaginale et abdominale ont ainsi chacune leurs indications, mais tandis que nous souhaitons aussi restreint que possible, le rôle de l'abdominale destinée principalement aux faits cliniques trop avancés pour que la vaginale soit suffisante, nous adoptons franchement cette dernière comme la méthode de choix pour bon nombre de cas et surtout pour ceux où, en opérant de bonne heure, nous pouvons nous contenter de peu, tout en espérant le plus.

Et maintenant que nous avons étudié la possibilité d'obtenir une guérison radicale pour les cas heureux pris au début, une survie plus ou moins longue pour les cas moyens, de quelle utilité le chirurgien peut-il être pour les cas avancés où le vagin, les ligaments larges, les organes voisins sont envahis au point qu'il n'est plus possible de songer à une intervention sérieuse ?

Le traitement palliatif peut encore être chirurgical et il a pour objet de tarir les hémorragies, de dimi-

nuer les sécrétions fétides, de calmer les douleurs.

On a pu proposer de retarder la marche fatale des événements par la méthode atrophiante et dans ce but, Baumgærtner a proposé, le premier, et pratiqué la ligature des artères nourricières de l'utérus ; soit par le vagin, soit par l'abdomen, il a lié les utérines et les utéro-ovariennes. Malheureusement le bénéfice obtenu a toujours été douteux. Les hémorragies ne tardaient pas à reparaitre et en dépit de sa logique, ce procédé a dû être abandonné complètement.

Le symptôme douleur a été combattu également par des moyens chirurgicaux. J.-L. Faure a pratiqué dans ce but la résection des racines postérieures de la queue de cheval. Les douleurs cédaient bien, mais les malades mouraient peu après de phénomènes paralytiques ; aussi a-t-il fallu reléguer cette opération au rang de celles qui ne sont pas applicables.

Enfin, quand des masses bourgeonnantes et saignantes emplissent l'extrémité supérieure du vagin, ou quand une ulcération térébrante creuse le tissu utérin, donnant lieu à des hémorragies répétées et à un écoulement fétide et septique, un traitement palliatif, des plus précieux, consiste dans l'ablation des parties malades à la cuiller tranchante. Cette ablation pratiquée hardiment et rapidement jusqu'à ce que l'instrument tombe sur du tissu dur et résistant, d'apparence sain, donne lieu à une hémorragie modérée et arrête, pour un certain temps, les hémorragies et les écoulements d'une manière instantanée. Il faut toutefois manœuvrer avec prudence dans les

zones dangereuses, notamment en avant, (vessie, uretères) et déloger les végétations dans les anfractuosités, avec des curettes de plus en plus petites. On peut faire suivre le curettage, ainsi que le recommande Pozzi, d'une cautérisation au fer rouge qui « poursuit au loin par son rayonnement les trainées néoplasiques et les frappe de mort au milieu des tissus sains plus résistants. Le thermocautère étant insuffisant, on emploiera à cet effet les anciens cautères en roseau ou olivaires ! » L'opération sera complétée par un tamponnement à la gaze, qui peut être laissé en place quatre à cinq jours.

Quoique quelques auteurs aient prétendu que le curettage soit susceptible de donner un coup de fouet à la maladie, qu'il aggraverait toujours, un nettoyage local et une cautérisation ainsi compris, bien exécutés, ont l'avantage de remplacer le tissu fongueux par du tissu induré qui retarde l'envahissement néoplasique. Il y a diminution des hémorragies, désinfection, et ainsi « la malade n'est plus une septicémique, ce qui est déjà beaucoup ». D'ailleurs, s'il est nécessaire, le traitement peut être renouvelé plusieurs fois, à quelques semaines ou à plusieurs mois d'intervalle, pendant lesquels les pansements seront faits régulièrement. Pour cet usage, les badigeonnages au pétrole donnent d'excellents résultats, à la fois comme antiseptique et surtout comme désinfectant.

CHAPITRE V

Les dernières méthodes et les derniers perfectionnements

Nous avons jusqu'à présent négligé à dessein toute question de technique opératoire.

Maintenant que nous nous sommes expliqué sur la manière dont nous entendons nous orienter, nous pouvons aborder le chapitre complexe et touffu des techniques chirurgicales qui ont été, tour à tour, proposées pour le traitement radical du cancer utérin. Ricard, en 1899, dans son Rapport au Congrès de Chirurgie, disait déjà que « confus en quelque sorte de l'erreur qui les avait retardés (la voie vaginale) les chirurgiens français se sont jetés avec enthousiasme dans l'étude des nouvelles méthodes, faisant éclore en quelques années près de cinquante procédés opératoires différents ». Ce que disait Ricard en 1899 est plus que trois fois confirmé à l'heure actuelle. Chacun tient à ajouter un détail de technique personnelle à la liste, pourtant déjà nombreuse, des procé-

dés, sous-procédés, variant et petits « trucs du métier », si l'on peut dire, qui a été publiée.

Est-il nécessaire au milieu de tant de faits de chercher à discerner ici, puis à faire une description, même succincte, de la meilleure des techniques parmi les plus réputées, pour enlever l'utérus cancéreux et ses annexes par vaginale ou abdominale ? Nous ne le croyons pas.

Ce serait faire œuvre de copie pure et simple de tout ce qui se trouve si clairement exprimé dans les nombreux ouvrages ou traités connus de pratique chirurgicale.

Toutefois, si rien de particulièrement nouveau dans des techniques aujourd'hui classiques ne nous a pas semblé devoir plus longtemps retenir notre attention, en revanche, convient-il de faire un exposé des méthodes nouvellement proposées, ou remises en honneur, ainsi que des perfectionnements récents ou rajeunis qui ont été mis en vedette dans ces derniers temps.

Pendant que se perfectionnait, pendant ces dix dernières années, l'extirpation abdominale de l'utérus cancéreux par les procédés de large exérèse de Wertheim, de Jonnesco et tandis qu'arrivait jusqu'à nous, par la voie des journaux et des congrès, (articles de Stapler et de Wertheim. Congrès de Rome) la connaissance de l'« erweiterte abdominale total-exstirpation », « de grands efforts, dit Proust, étaient accomplis pour appliquer les mêmes principes à l'étranger ». Lors d'un récent séjour à Vienne, je fus

frappé par la manière scientifique et la rigueur avec lesquelles y est organisé la lutte contre le cancer, et spécialement, contre celui de l'utérus. « Die erweiterte vaginale totalexstirpation » est une opération relativement peu connue chez nous, bien différente de l'hystérectomie vaginale habituelle et qui mérite de retenir notre attention.

Deux noms doivent être cités au point de vue de l'historique : celui de Schuchardt, créateur de l'hystérectomie par *voie vulvo-périnéale*, puis celui de Schauta, qui, après légères modifications (1902), pratique couramment cette opération et dispose aujourd'hui d'une statistique considérable.

Schuchardt a posé le principe capital de l'*incision auxiliaire paravaginale* (1893), longue de dix-huit à vingt centimètres au besoin, intéressant tous les plans du périnée et donnant un jour extraordinaire sur la base du ligament large.

La principale modification que Schauta ait apportée à l'opération de Schuchardt consiste à fermer le vagin dès le début, de manière à enlever le cancer *en sac clos* et à éviter ainsi l'infection et les greffes opératoires.

Voici la technique de l'opération de Schauta, telle que Proust l'a rapportée :

« PREMIER TEMPS : *Décollement circulaire et fermeture du vagin.* — Le chirurgien, les *maines gantées*, après désinfection soigneuse du vagin (précédée d'une cautérisation extemporanée du néoplasme, ou mieux d'une cautérisation faite la veille) trace une

incision circulaire circonscrivant, selon la nécessité présente et loin du néoplasme, soit la partie moyenne, soit le tiers inférieur du vagin, à la rigueur même la portion juxta-vulvaire. Après dissection d'une manchette de cinq centimètres de long environ, on pratique l'oblitération hermétique du vagin au moyen de quelques points de suture. Les chefs des fils sont maintenus longs, de manière à pouvoir servir comme agents de traction. Lorsque la suture est ainsi bien étanche, le chirurgien retire ses gants et change d'instruments.

« DEUXIÈME TEMPS : *Incision paravaginale auxiliaire.* — L'incision de Schuchardt débute au niveau de la lèvre inférieure de l'incision circulaire vaginale, à l'union du quadrant postérieur et du quadrant latéral gauche, et de là se dirige vers la vulve qu'elle sectionne également à l'union de ses parties postérieure et latérale gauches. Puis elle se prolonge directement en arrière, latéralisée, mais parallèle à l'axe du périnée, pour se terminer en dehors de l'anus. Schuchardt la conduit souvent jusqu'au sacrum.

« L'incision intéresse toute l'épaisseur du périnée. Le rectum est soigneusement isolé et récliné à droite.

« Des ligatures sont posées sur les vaisseaux sectionnés et la plaie est tamponnée au moyen de gaze stérilisée. Dans les cas particulièrement difficiles, Schauta recommande de recourir à l'incision paravaginale double à la manière de Staude.

« TROISIÈME TEMPS : *Dissection de la vessie et des uretères.* — Le champ opératoire est ainsi largement

exposé. On passe alors à l'isolement de la vessie et des uretères. La dissection de la vessie se fait progressivement, comme dans le premier temps d'une colporraphie antérieure et en basculant le vagin en arrière. Bientôt, en arrivant à la hauteur du col de l'utérus, le décollement devient de plus en plus facile, sauf dans les cas où il existe déjà à ce niveau des adhérences néoplasiques : on est alors inévitablement amené à ouvrir la vessie et parfois à en réséquer une partie. Dans la majorité des cas, lorsque la vessie s'est laissée séparer sur la ligne médiane, on passe à l'isolement de ses angles latéraux, « véritables cornes qui se continuent avec les uretères ». Reconnaisables à leur coloration rougeâtre ; elles se dirigent vers le paramètre et leur isolement amène directement à l'uretère qui, lui, se dirige en arrière et en dehors sous forme d'un cordon plongeant dans la base du ligament large. Dans les cas avancés, l'uretère, quoique libre encore d'infiltration néoplasique, se trouve couché dans une gouttière de tissu cancéreux et il faut le sculpter pour l'en sortir. Pour poursuivre suffisamment en arrière cette dissection des uretères, il faut, lorsque leur situation est reconnue et leur isolement amorcé, bien libérer le vagin.

« QUATRIÈME TEMPS : *Libération des bords latéraux du vagin et dissection de la base du paramètre.* — Cette libération du vagin commence par sa face postérieure.

« Elle est facile à ce niveau en utilisant la zone décollable qui permet de remonter jusqu'au cul-de-

sac de Douglas. L'isolement des bords latéraux est plus délicat.

« Comme le font justement remarquer Imbert et Piéri dans leur intéressant travail sur l'extirpation du cancer par voie abdomino-vaginale, les bords du vagin sont retenus et fixés par des branches longues, vaginales, venues de la crosse utérine, les artères vaginales, branches de l'hypogastrique, des branches de l'hémorroïdale moyenne, les veines collatérales vésico-vaginales. C'est le seul moyen de fixité des bords du vagin, car les muscles releveurs n'ont avec eux que de simples rapports de contact.

« Il faut donc sectionner cet éventail vasculaire et lier un à un les vaisseaux, à moins qu'on ne préfère les couper entre deux pinces.

« Il faut, en tous cas, avoir soin de se tenir au-dessous de la zone urétérale et prendre garde, dans ce temps, de ne pas ouvrir le vagin, ce qui aurait pour résultat de contaminer sûrement le champ opératoire.

« Cette libération des bords latéraux du vagin permet l'abaissement du conduit et surtout facilite l'accès du paramètre dont l'extirpation méthodique constitue un des temps principaux de l'opération. Entre le vagin libéré et le bord du muscle releveur de l'anus, le doigt d'abord, l'œil ensuite, lorsqu'on sait convenablement s'éclairer, passent l'inspection de la base du ligament large, et il est alors possible de venir, sous le contrôle de la vue, disséquer l'urètre dans son trajet latéro-cervical. On peut lier l'ar-

tère utérine à ce moment, ou bien, au contraire, réserver cette ligature pour la fin de l'opération. Ce n'est que lorsque les uretères sont bien dégagés des tissus sains environnants ou de la masse de la tumeur, suivant les cas, qu'on passe à l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux.

« CINQUIÈME TEMPS : *Ouverture du péritoine. — Ablation de l'utérus et du vagin.* — A partir du moment où la séreuse va être ouverte, l'opération doit marcher rapidement. On ouvre le cul-de-sac antérieur aux ciseaux, puis le cul-de-sac de Douglas. Le fond de l'utérus se laisse facilement basculer en avant, grâce à la béance considérable de la plaie obtenue par l'incision de Schuchardt.

« On lie et on sectionne successivement le ligament rond, puis le ligament utéro-ovarien en dehors des annexes d'un même côté. On sectionne alors le ligament large dont la base, attachant à l'utérus, est largement enlevée.

On pratique à ce moment la ligature de l'artère utérine si elle n'a pas été faite préalablement. Enfin on termine par la ligature et la section du ligament utéro-sacré.

« La même manœuvre est répétée du côté opposé et ainsi se trouve enlevé en masse, sans inoculation possible, le bloc des annexes, de l'utérus et du vagin fermé.

« SIXIÈME TEMPS : *Fermeture du péritoine. Reconstitution de l'anneau vulvaire.* — Des pinces repèrent immédiatement les tranches péritonéales, restes des

culs-de-sac antérieur et postérieur. Les lèvres sont suturées l'une à l'autre et la séreuse est ainsi refermée.

« On passe l'inspection de la cavité béante laissée par l'ablation du vagin et de la base du ligament large. Tamponnement à la gaze. Deux points de suture antérieurs adossent les bords latéraux de la collerette vaginale restante et permettent ainsi, en soutenant la vessie, d'éviter les cystites par prolapsus. L'incision de Schuchardt est suturée au moyen de points profonds chargeant en masse tous les tissus et entrecoupés de points superficiels. Par l'orifice vulvaire ainsi reconstitué sortent les mèches de drainage.

« Je dois faire remarquer, en terminant, que le jour considérable donné par l'incision de Schuchardt est, sinon augmenté, du moins mieux utilisé grâce au spéculum à fixation automatique employé couramment à Vienne, le spéculum de Spiegler. Cet instrument compliqué mais très puissant, est basé sur le principe de l'*excentrique américain*, c'est-à-dire qu'une articulation à trois genouillères, permettant toutes les inclinaisons et déplacements possibles, se trouve instantanément bloquée au gré de l'opérateur, par le jeu d'une seule manette.

« Les suites opératoires, de l'avis de Schauta, sont simples. Les mèches de gaze sont retirées le huitième jour. La plaie opératoire se rétrécit rapidement et on laisse les malades se lever au bout de deux semaines. »

Les résultats obtenus par Schauta sont excellents. A Vienne où il s'est fait l'ardent champion de cette méthode périnéale, exécutée 218 fois, il n'a qu'une mortalité globale de 11 0/0 et le bénéfice de reculer les limites de l'opérabilité, ce qui constitue un très beau et très intéressant résultat.

Richelot disait, il y a seulement quinze ans à propos des voies d'accès peu fréquemment employées pour l'hystérectomie :

« Nous avons cru devoir traiter avec honneur la voie sacrée, les autres ne nous arrêteront pas bien longtemps et nous laisserons de côté, pour n'y plus revenir, ces tentatives peu dignes des chirurgiens qui les ont recommandées. » Après connaissance des travaux et des résultats de Schauta, une telle opinion n'est plus justifiée.

Depuis un an nombre d'opérateurs reviennent à une ancienne méthode, celle que Delpech employait en 1830, mais rajeunie et transformée oh ! combien ! C'est de la méthode mixte dont nous voulons parler.

Imbert et Piéri de Marseille publièrent en 1905, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*, un article sur la colpo-hystérectomie abdomino-vaginale destinée à s'appliquer aux cancers propagés au vagin ou même aux cancers primitifs de ce conduit. Ils montraient la possibilité, en faisant précéder le temps abdominal, d'un premier temps vaginal, d'extirper plus aisément et dans son intégralité le conduit utéro-vaginal.

Depuis lors l'idée a fait son chemin et P. Duval la

reprit en 1906 dans un excellent article publié dans le même bulletin. Il y confirme pleinement les avantages de la voie périnéo-abdominale, en cas d'envahissement néoplasique du vagin, et ajoute que ce plan opératoire est meilleur que celui de Wertheim qui, en pareil cas, dissèque le vagin par l'abdomen jusqu'à la vulve, refoule l'utérus, péritonise au-dessus et dans un second temps périnéal, après fermeture du ventre, incise circulairement le vagin au niveau de la vulve et l'extirpe avec l'utérus désinséré de partout et libre sous le péritoine.

Cette libération du vagin par l'abdomen, dit P. Duval, est difficile par la profondeur où l'on opère. De plus le vagin est disséquable sur une plus grande hauteur, en l'attaquant par en bas, tandis que par en haut, il est fort pénible de dépasser la partie moyenne du conduit. Enfin l'asepsie ne peut qu'y gagner, la tumeur étant enlevée en sac clos.

Quant à la technique d'Hauffmann qui ferme le vagin, puis laparotomise pour dégager utérus et vagin, revient ensuite au périnée pour extraire ces organes par en bas et enfin retourne au ventre pour péritoniser et fermer, c'est une suite de manœuvres bien compliquées, qui nécessite trop de changements de positions pour ne pas être nuisible, puisqu'il faut aller deux fois à l'abdomen après avoir manipulé le périnée.

Mieux vaut commencer par le temps périnéal et appliquer le procédé, en sac clos, décrit par Imbert et Pieri.

J.-L. Faure qui est aussi partisan de la méthode mixte, trouve que le fait d'obtenir une dissection plus complète du vagin, par ce procédé, ne constitue pas un avantage considérable ; s'il s'agit d'un cancer du col, c'est une contre-indication opératoire formelle ; qu'un envahissement aussi accentué des parois vaginales ; mais, pour lui, la valeur du procédé réside surtout dans la possibilité d'une attaque franche et aisée de la région péri-cervicale.

De fait la circoncision préliminaire des limites inférieures du mal, par le vagin, facilite beaucoup l'extirpation abdominale de l'utérus ainsi débarrassé de toute attache inférieure. Aussi J.-L. Faure a-t-il pu dire que c'était « peut-être là l'opération de l'avenir. »

Depuis 1906, il s'est servi couramment de la voie vagino-abdominale et a obtenu une statistique des plus satisfaisantes : 14 0/0 au lieu de 33 0/0 avec la méthode de Wertheim. (En Allemagne les résultats sont encore meilleurs : survies après quatre ans de guérison dans la proportion de 40 à 50 0/0 (Olshausen) ; mais il faut dire qu'en Allemagne on opère plus tôt.)

Pour terminer, abordons quelques questions de détail qui ont leur importance.

Ayant eu l'occasion, il y a peu de temps, de voir extirper un utérus cancéreux par la voie mixte dans le service du docteur Pichevin, ce chirurgien a fait

usage devant nous d'un moyen excellent pour protéger les intestins après la laparotomie, leur éviter tout contact avec un foyer septique, et leur interdire toute incursion gênante dans le champ opératoire, accident si fréquent dans le cas de vomissements au cours de l'anesthésie chloroformique.

Après avoir préalablement cureté et cautérisé consciencieusement la cavité utérine remplie de fongosités, l'opérateur fit un tamponnement du col à la gaze aseptique et se mit, après changement de position, en devoir d'inciser la paroi. Le péritoine étant repéré, il se servit d'un *bourrelet de préservation* sur lequel il attira notre attention. C'est une sorte de boudin de tarlatane de la grosseur du poignet et large de 52 centimètres sur le bord duquel est cousue une compresse formant tablier.

La malade étant en position déclive, aussitôt la cavité péritonéale ouverte, le chirurgien glissa, en forçant un peu, l'une des extrémités du bourrelet sous la masse intestinale, et agit de même pour l'autre côté.

Puis la compresse formant tablier fut tendue fortement par l'aide, rabattue vers le haut, et fixée à la paroi au moyen de pincés.

Cette combinaison ingénieuse permit à l'opérateur, au cours de l'extirpation, qui fut difficile et longue, de ne pas être gêné un seul instant par le reflux intempestif des intestins dans la plaie et d'explorer ainsi avec aisance la cavité pelvienne. De plus elle réalise un isolement complet de la masse intestinale

mise ainsi à l'abri de toute contamination possible. L'intervention étant achevée, le bourrelet de préservation fut enlevé et la protection des intestins, assurée de nouveau, par un cloisonnement du petit bassin obtenu par la suture de la vessie à des franges épiploïques graisseuses ou à l'anse sigmoïde, s'il eût été nécessaire.

Au cours de notre instruction dans les hôpitaux, nous avons vu souvent l'opérateur être embarrassé pour faire une ligature au fond du bassin, notamment lorsqu'il s'agit de lier une artère sectionnée perpendiculairement. Parfois cette hémostase, difficilement exécutée au moyen de longues pinces portant une anse de catgut dans la profondeur, exigeait une énorme perte de temps fort préjudiciable au résultat opératoire. La ligature est encore plus difficile quand on a affaire à un sujet gras.

Depuis quelques années, nous sommes en mesure de parer à cet inconvénient, par l'usage d'un nouveau mode de ligature des vaisseaux : les ligatures métalliques appliquées au moyen d'un instrument dû à l'ingéniosité de M. Michel. En 1900, au Congrès international des sciences médicales, M. Michaux, pour la première fois, attirait l'attention des chirurgiens sur ce point ; mais sa communication resta sans écho. Seul M. Chaput, séduit par le procédé, en fit l'application dans son service. Mais MM. Michaux et Chaput n'eurent pas d'imitateurs et aucune

publication ne révéla le résultat d'expériences poursuivies ailleurs.

Après un oubli de quatre années, M. Jeannel, de Toulouse, remit la question sur le tapis dans les *Archives provinciales de Chirurgie*. Il défendit ardemment les ligatures métalliques qui ont la supériorité, dit-il : 1° d'être facilement et rapidement placées ; 2° d'être aussi aseptiques qu'un instrument métallique quelconque. Nous laissons la parole à M. Jeannel :

« 1° Elles sont facilement et rapidement placées. Un coup de pince de Michel y suffit. Plus de fil à saisir ; plus de nœud à faire et à serrer ; plus de fil qui casse ou qui coupe les doigts du chirurgien. Le vaisseau sectionné et aveuglé par une pince hémostatique, ou bien le pédicule vasculaire, façonné avant d'être sectionné, est chargé sur la pince porte-ligature. Celle-ci est serrée puis enlevée. La ligature est placée. C'est plus long à dire qu'à exécuter.

2° Les ligatures métalliques sont aussi aisément et sûrement aseptisées et maintenues aseptiques qu'un instrument métallique quelconque. D'abord leur aseptie est obtenue par la chaleur dans l'autoclave, ou faute de mieux dans le Poupinel, en même temps que celle des autres instruments et, par conséquent, de la pince qui sert à les poser. Ensuite les manipulations nécessaires pour les placer ne sont nullement dangereuses. On peut ne point les toucher ; donc ni l'aide, ni le chirurgien ne risquent de les polluer. »

Séduit par ces avantages, M. Jeannel s'est décidé à adopter complètement la méthode et parallèlement celle des sutures métalliques perdues.

« Pour appliquer, dit-il, les ligatures ou les sutures métalliques, je me suis servi des instruments de Michel. Il y en a deux. L'un est spécialement destiné aux ligatures, l'autre est destiné par son auteur à la pose des sutures ; on peut, du reste, l'utiliser aussi et je l'ai utilisé pour les ligatures.

La pince porte-ligature est vigoureuse, de façon à produire, lorsqu'on la serre, un écrasement du vaisseau, une sorte d'angiotripsie, en même temps qu'elle y pose le lien métallique. Les mors sont terminés sur leur face interne : l'un par une sorte de fourche, carrée à sa base, creusée sur toute l'étendue de son bord interne d'une rainure ; l'autre d'une sorte d'ergot carré ; muni sur chacun de ses angles d'une saillie en acier dur qui entre exactement dans les rainures de la fourche, de façon à en chasser, en le repliant en dedans, tout fil métallique engagé dans ces mêmes rainures.

La pince spéciale pour les sutures est une longue pince hémostatique, dont chacun des mors est creusé d'une rainure destinée à recevoir une agrafe en nickel. Celle-ci est droite, elle mesure 8 ou 12 millimètres de longueur ; chacune de ses extrémités est recourbée en crochet formant avec le corps de l'agrafe un angle aigu, ouvert en dedans. La pince saisit l'agrafe, les crochets regardant en avant.

Pour réaliser la suture, j'ébauche d'abord la réu-

nion en saisissant les deux lèvres à suturer et les rapprochant au moyen de pinces de Kocher. J'obtiens ainsi un affrontement provisoire que je transforme en suture définitive en remplaçant les pinces de Kocher par le nombre d'agrafes voulu. Il suffit de présenter l'agrafe, au moyen de la pince, à cheval sur les deux lèvres affrontées et de serrer la pince. L'agrafe se plie en son milieu en accrochant les lèvres qu'elle maintient en contact. En ouvrant la pince, on lâche l'agrafe serrée. Pour la ligature des petits vaisseaux, j'ai utilisé la pince et l'agrafe à suture. Il suffit pour cela d'embrasser le vaisseau saisi avec une pince hémostatique entre les mors de la pince porte agrafe à suture, armée d'une agrafe et de serrer. Il faut que le vaisseau ne soit pas isolé, mais, au contraire, soit encore entouré d'une zone de tissu cellulo-graisseuse ; sans quoi l'agrafe pliée ne serre pas et ne tient pas, parce que ses crochets ne croisent pas et ne s'accrochent pas. En réalité, mieux vaut une agrafe à ligature de petite dimension.

Les résultats obtenus par M. Jeannel ont été excellents et depuis plus d'un an ceux que nous avons vu obtenir à l'Hôpital International de Paris dans le service du D^r Bilhaut, sont aussi complètement en faveur de la méthode.

Pourtant ce procédé essentiellement pratique et excellent n'a pas encore su s'imposer.

« Sa naissance a été accueillie par le monde chirurgical avec une regrettable indifférence. Sans exa-

men préalable, on a cherché les défauts possibles, négligeant de s'assurer s'ils sont réels ; on n'a pas vu les avantages ; on a objecté le prix de l'instrument ; la chimère du corps étranger, etc. »

Pour nous, qui connaissons la valeur de la nouvelle méthode, nous espérons pour elle qu'elle obtiendra bientôt les justes suffrages qu'elle mérite.

OBSERVATIONS

A l'appui de notre thèse, nous publions maintenant des observations entièrement inédites, sauf une seule, extraite des *Annales de Chirurgie et d'Orthopédie*.

Elles proviennent toutes du service du D^r Bilhaut qui nous les a directement communiquées.

Nous lui témoignons ici de nouveau l'expression de toute notre reconnaissance filiale.

OBSERVATION I

(Observation du service du D^r Bilhaut.)

Ulcération chronique du col. — Dégénérescence épithéliale d'une nodosité située sur la lèvre postérieure. — Endométrite chronique. — Catarrhe utérin. — Hystérectomie vaginale. — Guérison datant de huit ans.

M^{me} M..., quarante-cinq ans, souffre depuis dix-huit ans de troubles utérins qui, dans les derniers temps, l'ont obligée à suspendre complètement sa profession.

Réglée à quatorze ans, atteinte de dysménorrhée à seize

ans, les douleurs menstruelles ont disparu après une première grossesse.

Mariée à dix-neuf ans, mère à vingt ans, elle a eu trois enfants.

Bonnes couches avec suites normales.

En raison des obligations de sa profession (avec son mari elle dirige une blanchisserie), elle n'a pu prendre un repos suffisant après chaque accouchement ; il en est résulté un prolapsus de l'utérus qui, vraisemblablement, a été le fait initial.

Les grossesses se sont succédées de deux en deux ans approximativement.

Trois ans après la dernière, une fausse couche, à six semaines, consécutivement à une chute.

C'est à dater de cet accident que la santé de la malade s'est trouvée surtout compromise.

Bien que l'expulsion de l'œuf se fût faite en bloc, l'utérus s'infecta. Il fallut garder le repos au lit quatre semaines, pendant lesquelles on dut recourir aux applications de glace, aux lavements laudanisés, aux potions calmantes, aux injections vaginales. A cette époque le curettage n'était pas encore entré dans la pratique.

Un écoulement purulent se produisit et on peut se demander s'il se limita à la seule cavité utérine ou s'il ne fut pas le résultat de l'ouverture spontanée, par le vagin, d'un pyosalpinx ou d'un phlegmon péri-utérin.

Depuis cet incident, plus de grossesse, règles un peu douloureuses, surtout le deuxième jour, par suite de l'expulsion de caillots. Propagation de la douleur dans la région lombaire et dans la région hypogastrique.

En tout temps, la malade souffre du ventre et des lombes ; son mal croît avec la fatigue. Elle ne retrouve le calme que dans le décubitus dorsal.

Les règles durent quatre jours, abondamment et, pendant les cinquième et sixième jours, l'écoulement va en s'épuisant, peu à peu.

Le coït donne lieu à des douleurs, depuis deux ans environ.

Pas de troubles urinaires.

Constipation habituelle.

Rien qui puisse faire diagnostiquer l'hystérie.

La malade a été soignée, depuis dix-huit ans, par plusieurs médecins. Tous ont noté l'abaissement de l'utérus et tous ont trouvé une altération du col qu'ils ont cautérisée, soit au nitrate d'argent, soit au thermocautère.

Toutes les fois que la malade a pu prendre du repos en se soignant, elle a constaté une amélioration sensible. Dès la reprise du travail, les douleurs lombo-abdominales reviennent avec la même intensité.

15 octobre 1899. — Lors du premier examen pratiqué à la polyclinique de l'Hôpital International on a constaté les lésions suivantes :

Déchirure ancienne de la vulve. Prolapsus léger du rectum, un peu de cystocèle, allongement hypertrophique du col et prolapsus de l'utérus.

Le col est très hypertrophié et allongé.

Il est érodé au pourtour de l'orifice et, sur la lèvre postérieure, on sent une petite masse indurée, du volume d'un noyau de cerise, très douloureux au contact.

On peut imprimer au col des mouvements de latéralité sans déterminer le moindre mal.

On peut le reporter d'avant en arrière avec la même aisance. On peut le déplacer, d'arrière en avant, en plaçant la pulpe de l'index très haut vers le Douglas, sans créer de douleurs. En pressant plus bas, dans le même sens, c'est-à-dire en plaçant la pulpe du doigt sur le rebord inférieur de la lèvre postérieure, la douleur se produit, aussi vive qu'en pressant directement sur la nodosité déjà indiquée.

Ainsi donc, tandis que dans l'état normal, le col de l'utérus est indolore au toucher, chez cette malade, la moindre pression, sur un point nettement circonscrit de la lèvre postérieure, fait naître instantanément une sensibilité assez aiguë pour que la patiente la signale par des mouvements et par des plaintes.

A noter une déchirure au niveau de la commissure gauche du col.

Le toucher vaginal bi-manuel donne la notion d'un utérus hypertrophié, mais très mobile.

Pas de sensibilité au niveau des annexes.

Pas de ganglions inguinaux.

La malade a un mauvais teint. Brune de cheveux, elle a la peau mate et jaune.

Elle n'a ni frère ni sœur. Sa mère est morte d'un cancer d'estomac. Un oncle maternel aurait succombé à des hémorroïdes ulcérées très douloureuses. Il y a lieu de supposer qu'il s'agit plutôt d'un cancer du rectum.

Le père est vivant et en bonne santé. Rien dans la ligne paternelle.

La malade, lasse de s'être soignée si longtemps sans résultat, inquiète de son état, redoutant d'être atteinte d'un cancer de la matrice et d'en mourir comme sa mère est morte

d'un cancer d'estomac, vient demander cette fois, non à un médecin, mais à un chirurgien, si une opération radicale ne s'impose pas.

L'examen au spéculum est pratiqué, il fait découvrir autour de l'orifice cervical une ulcération superficielle, grande comme une pièce de deux francs, recouverte par un mucus épais, purulent, vert jaunâtre, fortement adhérent. La plaie ne devient bien nette qu'après avoir été essuyée par plusieurs tampons d'ouate hydrophile.

Il existe de l'ectropion de la muqueuse utérine.

Sur la lèvre postérieure on voit le nodule douloureux ; il est constitué par une éminence aussi perceptible à l'œil qu'au doigt. Une pression avec l'extrémité de la pince en fait reconnaître l'exquise sensibilité.

La patiente accepte d'avance toute opération qui lui permettra de revenir à la vie active.

Elle est mère de trois enfants, elle est restée inféconde depuis et la ménopause ne devant guère tarder à se produire, elle ne regrettera pas la perte de ses facultés génératrices.

La continuité du mal, la mauvaise impression que laisse l'examen, et les commémoratifs surtout, militent en faveur d'une intervention radicale.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée le 22 octobre 1899.

Procédé opératoire. — Incision aux ciseaux courbes en avant du col, puis en arrière, en ayant soin de relever un peu plus de ce côté le sillon de section. Décollement aux ciseaux et au doigt et perforation du cul-de-sac de Douglas.

A gauche, puis à droite, je place une pince pour assurer

l'hémostase préventive de l'utérine et de deux coups de ciseaux je libère le col. Incision médiane antérieure, abaissement progressif de l'utérus, puis, après ouverture du péritoine, mouvement de bascule en avant.

J'incise l'utérus dans toute sa hauteur de bas en haut, en avant, et de haut en bas, en arrière, et je place une forte ligature à la soie plate en dehors des annexes gauches que je traverse avec l'aiguille de Lamblin. La première anse circonscrit l'artère du ligament rond et l'artère ovarienne. La seconde anse aveugle l'utérine. Quand le nœud est bien serré, j'enlève la pince qui a été placée à gauche sur le pied du ligament large.

Quelques coups de ciseaux séparent la moitié gauche de l'utérus de ses attaches.

Je procède de même pour le côté droit.

J'enlève ainsi l'utérus en deux parts d'égale dimension.

Tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée.

Un examen macroscopique de la tumeur fait voir qu'elle se confond avec les tissus voisins sans ligne de démarcation bien nette.

L'examen histologique sera confié au Dr Latteux.

Les suites opératoires ont été des plus bénignes.

La malade a été beaucoup moins gênée par les ligatures que ne le sont celles auxquelles j'ai appliqué des pinces.

L'hémostase a été parfaite et si le lendemain soir de l'opération la température a atteint 38 degrés, il convient d'ajouter qu'il n'y avait pas eu de garde-robes et qu'au troisième jour, après défécation, la température est revenue à la normale et ne s'en est pas écartée jusqu'à la sortie de la malade.

Voici le résultat de l'examen histologique.

« Les fragments de l'utérus et du col ont été prélevés pour être soumis au durcissement.

« Le fragment qui a été pris à la lèvre postérieure, au centre même du noyau suspect est atteint de dégénérescence épithéliale.

« Lésions de même nature, mais moins avancées dans le fragment provenant de la lèvre antérieure du col.

« Pas de dégénérescence dans les deux fragments provenant du fond de l'utérus. »

Cette analyse confirme bien les appréhensions que donnait l'examen clinique.

Néanmoins, la malade sortit de la clinique après un séjour de quatre semaines en aussi bon état que possible, cependant la plaie n'était pas entièrement cicatrisée. Un suintement muco-purulent se produisait au fond du vagin.

Il disparut après l'élimination des ligatures, six semaines environ après l'opération.

Le bourgeonnement du fond du vagin se réduisit et sous l'influence de légères cautérisations avec la solution d'acide picrique, la cicatrisation se compléta.

Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie.

Les phénomènes douloureux ont totalement disparu, les forces sont revenues et trois mois après l'intervention, la malade reprenait la direction de ses travaux et de sa maison.

La cicatrice de l'hystérectomie n'a jamais été le siège de la moindre douleur, de la moindre rougeur.

Le vagin est indemne de toute lésion.

Revue il y a deux mois, l'opérée est dans l'état de santé le plus florissant. C'est incontestablement celle dont l'opération m'a donné le plus beau résultat et la plus longue survie.

Dans toutes les observations de cancer, le chirurgien est inquiet du résultat final et pour lui, la guérison radicale est tellement sujette à caution, qu'il se demande si, en cas de longue survie, il n'y a pas eu erreur de diagnostic.

Heureusement, tous les chirurgiens qui ont opéré des cancers, de bonne heure, au moment où le mal bien limité n'avait pas émigré au loin, comptent des guérisons semblables.

Ce sont ces succès qui les encouragent en même temps qu'ils légitiment le précepte : *en fait de cancer, opérer au plus tôt, et largement.*

OBSERVATION II

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Ablation des annexes. — Guérison. — Pas de récurrence au bout de quatre ans et demi.

R... M., trente-six ans.

Cette malade m'a été présentée par le Dr Delineau, son médecin depuis de longues années.

Après avoir mené à Paris une vie des plus actives dans le commerce, elle habite actuellement la campagne.

Depuis de longues années, elle a eu recours aux soins de notre confrère pour des troubles utérins. Alternativement, il a eu à combattre la leucorrhée, les ménorragies, les inflammations péri-utérines.

Le repos, les injections, les pansements glycerinés et antiseptiques, l'électrothérapie ont été alternativement et très judicieusement employés suivant les indications.

Perdue de vue par notre confrère depuis de longs mois, la malade revient lui demander conseil en raison d'un état d'amaigrissement qui l'effraie et de troubles persistants du côté des organes génitaux internes.

En examinant les organes génitaux externes on trouve la réunion des lésions suivantes : déchirure de la fourchette, cystocèle et rectocèle.

Il suffit d'écarter les grandes lèvres pour entrevoir le col qui est situé à 3 ou 4 centimètres de l'anneau vulvaire. Pertes vaginales abondantes et pour ainsi dire incessantes ; de là une irritation des grandes lèvres et des parties adjacentes.

Menstruation régulière ou à peu près.

Le toucher indique un allongement hypertrophique de la portion cervicale de l'utérus.

Le pourtour de l'orifice est d'une dureté ligneuse. L'examen direct laisse découvrir sur la lèvre postérieure une surface bourgeonnante, fongueuse et saignant au moindre contact.

Le toucher et le palper combinés font reconnaître que l'utérus est gros, presque doublé de volume, douloureux à la pression et néanmoins très mobile dans les différents sens.

Les commémoratifs indiquent qu'il y a lieu de ne pas différer l'intervention, sous peine de voir le mal atteindre des proportions qui ne permettraient pas de le limiter.

Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

L'amaigrissement est extrêmement marqué.

Le teint de la malade est jaune paille.

La langue est saburrale. Pas d'appétit. Bon état des reins.

J'en conclus comme mon confrère, à la nécessité et à l'urgence d'une hystérectomie vaginale.

Cette opération est pratiquée le 16 décembre 1902.

Hystérectomie classique. Décollement antérieur, puis postérieur. Section de l'organe en deux parties égales sur la ligne médiane et abaissement des annexes. Hémostase faite avec de grands clamps et de petits clamps de soutien.

Les adhérences annexielles en rendirent la prise et le décollement plus difficile que ne le faisait supposer la parfaite mobilité de l'utérus.

Tamponnement à la gaze aseptique. Enlèvement des clamps au bout de quarante-huit heures. La malade se remit dans les meilleures conditions et quitta la maison au bout d'un mois.

Depuis, sa santé s'est maintenue aussi florissante que possible.

L'état général est parfait et l'état local ne laisse rien à désirer.

Il existe bien encore des traces de cystocèle et de rectocèle, toutefois, l'abaissement de la vessie et du rectum n'a pas augmenté.

Quatre ans et demi se sont écoulés sans la moindre menace de récidence et, cependant, l'examen histologique pratiqué dans le service ne permet pas de douter de la nature de l'affection.

Voici la note : cinq fragments ont été prélevés sur la pièce anatomique provenant d'une hystérectomie vaginale pratiquée à M^{me} R... le 16 décembre 1902. Ils correspondent à la lèvre antérieure, à la lèvre postérieure du col, à la muqueuse de la cavité en un point voisin de l'isthme, et à la face antérieure et à la face postérieure du corps.

La lésion de dégénérescence cancéreuse a été facile à reconnaître dans les deux fragments provenant du col. Rien de bien démonstratif pour ce qui concerne la muqueuse. Résultats négatifs dans les coupes des fragments du corps de l'utérus. Dans le col, la lésion est celle de l'épithélioma pavimenteux lobulé. Aucune lésion de dégénérescence n'a été trouvée macroscopiquement dans les annexes.

OBSERVATION III

Cancer de l'utérus. — Utérus géant. — Hystérectomie vaginale.

R... M., trente et un ans.

Cette malade m'est présentée par un de mes confrères de Paris qui la soigne pour une endométrite donnant lieu à un catarrhe utérin que rien n'a pu tarir.

Un curettage a été pratiqué dans de bonnes conditions d'antisepsie. Le résultat obtenu a été nul.

La malade est hantée par l'idée qu'elle est atteinte d'un cancer de l'utérus : sa mère est morte d'une affection de ce genre à l'âge de quarante-cinq ans. Les détails qu'elle fournit à ce sujet sont des plus concluants.

Il y a en outre, dans sa famille des cas évidents de cancer.

Pas de douleurs vraies, mais une sensation de gêne, de pesanteur que ne peut expliquer la direction très normale de l'utérus, ni sa position : il est assez haut situé pour ne pas admettre qu'il soit en état de ptose.

Réglée de bonne heure, la malade a eu dès le début de son mariage deux enfants ; ils sont en bonne santé. Elle n'a jamais fait de fausses couches.

Le toucher indique que le col est un peu entr'ouvert et qu'il porte sur sa lèvre antérieure une induration manifeste, siégeant un peu à gauche de la ligne médiane.

Pas de douleur à la pression à ce niveau. Le toucher bimanuel fait reconnaître un utérus doublé de volume, mobile dans tous les sens et ne donnant pas lieu, pendant ces manœuvres, à une douleur réelle.

En somme, gros utérus, non dévié, dont l'endomètre sécrète abondamment du mucus et dont le col présente une induration anormale.

Ce sont là des éléments insuffisants pour déterminer une intervention chirurgicale.

Après entente avec le médecin de la patiente, il est décidé que je prélèverai un petit fragment au niveau de l'induration et que je le soumettrai à l'analyse histologique.

Cet examen conclut à une dégénérescence épithéliale ne faisant aucun doute.

Sur ces indications, je pratique l'hystérectomie vaginale le 19 juillet 1903, avec extirpation des annexes.

Opération classique, hémostase avec les pinces de Richelot. Les suites opératoires furent des plus heureuses.

La malade se remit promptement et sortit le 9 août 1903 de l'Hôpital International de Paris.

Une nouvelle analyse histologique devenait intéressante, au point de vue de la localisation ou de l'envahissement plus ou moins avancé de l'organe enlevé.

La lésion était limitée à la lèvre antérieure du col, et malgré le volume exagéré de l'utérus, le corps n'était pas envahi par le processus de dégénérescence. Il avait plutôt subi la transformation fibromateuse interstitielle. Voici l'analyse qui m'a été

remise au sujet de la pièce anatomique confiée à l'examen micrographique.

« Les sept fragments cubiques soumis à l'analyse micrographique proviennent ;

1° De la partie gauche du col de l'utérus, lèvres antérieures ;

2° De la partie droite de la même lèvre ;

3° Du centre de la lèvre postérieure ;

4° De la partie antérieure centrale, du corps ;

5° De la partie postérieure centrale du corps ;

6° D'un point voisin de la corne droite ;

7° D'un point voisin de la corne gauche.

Ils sont renfermés dans sept flacons étiquetés et numérotés :

Le fragment provenant de la partie gauche de la lèvre antérieure a subi la dégénérescence épithéliale et doit être appelé : épithélioma limité à la zone glandulaire.

Aucune lésion de dégénérescence dans les fragments analysés et portant les n^{os} 2 et 3. Les fragments 4 et 5, provenant de la partie médiane antérieure et postérieure de l'utérus, indiquent que le muscle utérin est normal. La muqueuse qui les double est hypertrophiée mais non dégénérée.

Rien d'anormal dans les fragments prélevés au niveau des cornes.

La conclusion est donc : épithélioma limité à la lèvre antérieure du col, avec intégrité de toutes les autres parties soumises à l'analyse.

Cette malade, extrêmement intéressante en raison des considérations qui viennent d'être exposées, est aujourd'hui dans un état de santé très florissant.

Revue il y a un mois à peine pour troubles gastriques légers, elle n'éprouve aucun malaise dans la zone génitale.

La cicatrice de l'hystérectomie vaginale est parfaite, il ne s'y trouve aucune trace d'irritation.

L'opération date de quatre ans et le résultat est si parfait qu'il n'est pas possible de trouver dans l'organisme de la malade le moindre indice de métastase ou de récidence.

Nous savons toutefois combien il faut être réservé au point de vue du pronostic.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion émise pour toutes les autres localisations cancéreuses : qu'il faut opérer de bonne heure. Il est bon que le diagnostic soit encore hésitant, car lorsque les données cliniques sont tellement claires qu'aucun doute n'est permis, souvent l'heure réellement utile, curatrice, de l'intervention est passée.

OBSERVATION IV

*Cancer du col de l'utérus. — Hypertrophie du corps. —
Hystérectomie vaginale.*

Ch... Léone, cinquante-huit ans, entre à l'Hôpital International de Paris le 12 septembre 1899. La malade est adressée par un confrère avec le diagnostic : « Cancer du col de l'utérus. Augmentation notable du volume du corps. »

La malade porte en effet sur le col de l'utérus un ulcère de nature suspecte, donnant lieu à un écoulement séro-sanguinolent permanent et parfois même à de véritables hémorragies. La malade a eu sa ménopause à l'âge de cinquante ans.

Jusqu'à cinquante-six ans elle n'avait eu aucune perte. Depuis cette époque elle a remarqué que toutes les fois qu'elle se fatiguait, un écoulement sanguin se produisait ; elle se plaint d'avoir de fréquentes envies d'uriner. Pas de ganglions dans la région inguinale ; teint sub-ictérique.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée le 14 septembre 1899. A noter quelques difficultés opératoires au moment du décollement de l'utérus et de la vessie. Application de pinces de Richelot sur les ligaments larges et tamponnement avec la gaze stérilisée. Suites opératoires excellentes et sortie de la malade le 18 octobre 1899. Cette opérée a été revue depuis et jusqu'en janvier 1906 elle ne présentait aucune apparence de récurrence.

Elle a été perdue de vue depuis, et c'est bon signe, car à la moindre alerte, elle n'eût pas manqué de réclamer de nouveau nos soins.

OBSERVATION V

Cancer du col de l'utérus. — Opérée le 12 octobre 1903. — Hystérectomie vaginale. — Sortie le 1^{er} novembre. — Aucune trace de récurrence ni de métastase cancéreuse.

B... A., quarante-cinq ans.

Cette malade est présentée à l'Hôpital International de Paris par le D^r Degoix. Elle appartient à l'administration d'un des théâtres du boulevard.

Réglée de bonne heure, mariée à vingt-deux ans, mère de deux enfants, cette malade n'a éprouvé de troubles du côté des organes génitaux qu'après l'âge de quarante ans.

C'est alors qu'elle a éprouvé une sensation de gêne, de lassitude et que les rapports sexuels sont devenus un peu douloureux.

Veuve à quarante et un ans, elle n'a plus pratiqué le coït depuis.

Pas de ménorragies. Pas d'aggravation sensible à l'approche de la menstruation, ni au cours de celle-ci.

Depuis six mois la sensation de poids devient de plus en plus marquée et obsédante. La fatigue est mal supportée : elle exagère le mal et détermine chez la patiente, une tristesse qui contraste avec son excellente humeur d'autrefois. Pas de déchirure de la vulve. Utérus situé à la hauteur normale. Col dur, ligneux, hypertrophié.

Le Dr Degoix a donné des soins gynécologiques très suivis et malgré les pansements, une ulcération survenue sur le col, ne s'est pas modifiée.

Le toucher la fait aisément reconnaître : elle a les dimensions d'une pièce d'un franc. Elle est peu douloureuse à la pression.

Les culs-de-sac sont libres. L'utérus est sensiblement augmenté de volume. Il est mobile, mais les mouvements qu'on lui imprime sont douloureux.

L'examen au spéculum fait voir une ulcération fongueuse, saignant au moindre contact et donnant issue à un liquide sanieux. La plaie a tout à fait l'aspect d'un épithélioma ulcéré.

Plusieurs cas de cancer dans la famille et particulièrement dans la ligne paternelle. Une sœur est actuellement en traitement pour un cancer de l'utérus.

Le Dr Degoix propose de pratiquer l'hystérectomie vagi-

nale, et de profiter de la concentration d'un mal encore restreint à la lèvre antérieure du col, pour obtenir, au moyen d'une exérèse rapide et complète, les meilleures chances de salut.

La médication iodurée a été instituée sans résultat.

Une médication spécifique n'aurait pas eu plus de succès, puisque rien n'en indiquait l'emploi.

L'hystérectomie a été pratiquée le 12 octobre 1903. Hémostase au moyen de pinces et de clamps.

Les suites furent excellentes et il n'y a qu'à se réjouir de la décision prise, puisque l'examen histologique, pratiqué au laboratoire de l'Hôpital International, nous a donné l'indication suivante :

Plusieurs prises ont été faites sur le col et sur l'utérus, enlevés par hystérectomie vaginale. Celles qui proviennent du fond de l'organe ne peuvent être considérées comme différant de l'état normal.

Au contraire, les deux fragments prélevés l'un sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure, indiquent que la dégénérescence a les caractères de l'épithélioma pavimenteux et cylindrique du col.

Cette malade a été suivie attentivement et revue tous les six mois.

Sa santé est parfaite : elle a repris son emploi au théâtre.

Elle s'est remariée il y a trois ans. Le coït ne donne lieu à aucun malaise. La sensation de pesanteur a disparu.

Rien, absolument rien, ne peut faire songer à une récidue.

La guérison date de trois ans et neuf mois.

OBSERVATION VI

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Guérison datant de sept ans.

M^{me} F... C., quarante et un ans.

Cette malade est présentée à l'hôpital International de Paris par son médecin, le D^r La Roulandie. Elle a reçu ses soins depuis plusieurs mois, mais sa situation ne se modifie pas d'une manière satisfaisante au gré du médecin et de la malade ; ils me demandent mon avis.

Des troubles utérins, inconnus de la malade jusque-là, ont déterminé un écoulement leucorrhéique de plus en plus abondant et irritant les organes génitaux externes.

Sentiment de lourdeur dans les lombes et aux aines. Ce malaise n'est pas constant ; mais, en raison de l'hérédité très chargée en matière de cancers, la malade est très préoccupée de cet état.

Jusque-là sa santé était donc des plus florissantes et lui permettait de mener une vie des plus actives et de collaborer très efficacement à la marche de la manufacture dirigée par son mari.

Le col présente deux points manifestement durs : ils rappellent la résistance du fibrome. Ces deux nodosités situées l'une à droite (lèvre antérieure), l'autre dans le plan médian (lèvre postérieure), sont les deux lésions caractéristiques.

Utérus mobile, mais très notablement augmenté de volume : sa direction générale est bonne ; à peine existe-t-il une légère inflexion en arrière.

Les annexes ne sont nullement douloureuses.

Dans les antécédents nous notons un accouchement laborieux, sans suites fâcheuses. Pas de fausses couches. Pas de retards dans la menstruation, pas de métrorrhagies.

En somme on ne peut mettre cet état sur le compte de la métrite, ni sur des lésions annexielles inflammatoires, ni sur une déviation. Une seule chose est à retenir : les phénomènes éprouvés par la malade et la présence de deux masses indurées sur le col.

Après examens répétés et prise d'un fragment au niveau de la nodosité de la lèvre antérieure dont l'examen au microscope concluait à une dégénérescence épithéliale, l'hystérectomie vaginale est décidée :

La malade est près de la ménopause et elle consent à perdre ses facultés de concevoir ultérieurement.

Je pratique cette opération le 17 mai 1900.

Hystérectomie classique : je supprime l'utérus et les annexes.

L'hémostase se fait au moyen de ligatures disposées sur trois points, de chaque côté : utérine, artère de ligament rond, utéro-ovarienne.

Les suites furent des plus simples et la malade quitta l'Hôpital International au bout de trois semaines le 7 juin 1900.

L'examen histologique fut pratiqué de nouveau sur les pièces anatomiques provenant de l'opération.

Les annexes furent reconnues parfaitement saines.

Aucune modification de structure du muscle utérin.

Aucune altération de la muqueuse de la cavité utérine.

Prolifération de cellules embryonnaires dans la muqueuse de la cavité cervicale.

Hypertrophie glandulaire en certains points de cette muqueuse.

Dégénérescence épithéliale de l'induration siégeant sur la ligne médiane de la lèvre postérieure.

Depuis je revois la malade chaque année et, le 7 juin 1907, elle venait me faire une visite de reconnaissance: c'était justement l'anniversaire de sa sortie de l'hôpital.

Il y a deux ans elle avait été prise d'une constipation opiniâtre qui avait résisté à l'emploi des purgatifs usuels. L'administration d'un drastique et une surveillance du régime alimentaire ont fait cesser cet état.

A sa récente visite, mon ancienne opérée venait me demander de me rendre compte de son état et de voir si elle devait toujours être exempte de préoccupations.

La cicatrice vaginale est très belle. Elle est souple, non irritée et les parties voisines n'offrent absolument aucune trace d'envahissement néoplasique.

Pas ombre de ganglions dans la région inguinale.

La santé générale est parfaite et la seule chose qui soit à signaler, ce sont des mouvements d'impatience, de colère, qui n'ont rien de commun avec la récurrence d'un cancer de l'utérus.

Cette opérée a donc actuellement une guérison datant de sept années révolues et rien ne peut faire prévoir qu'elle soit menacée de récurrence, quant à présent.

OBSERVATION VII

Cancer du col de l'utérus. — Ulcération de la lèvre antérieure.

Utérus en antéflexion. — Hystérectomie vaginale. — Récidive.

M^{me} V... de H..., âgée de quarante-deux ans, vient me demander mes soins le 20 septembre 1894.

Elle accuse une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et se plaint d'une leucorrhée que les injections vaginales prises, matin et soir, n'ont pu diminuer.

La malade a exercé avant son mariage la profession de sage-femme ; elle peut ainsi donner sur son mal des explications très précises.

Réglée à treize ans, mariée à vingt-trois, elle a eu quatre enfants actuellement en bonne santé. La dernière a quatre ans. Pas de fausses couches, pas de dysménorrhée. Règles normales revenant de vingt-huit en vingt-huit jours. Chaque retard a été l'indice d'une grossesse au début.

Forceps au premier accouchement. Les suites de couches ont toujours été bonnes. Un seul enfant, l'aîné, a eu l'allaitement maternel.

Bon état général jusqu'à il y a six mois : depuis, léger amaigrissement.

J'examine la malade et constate que le col est d'un volume en rapport avec le nombre de grossesses ; mais il est dur, ligneux, surtout au niveau de la lèvre antérieure.

Au voisinage de l'orifice, et sur une étendue d'une pièce d'un franc, une surface grenue, framboisée, saignante, est facile à reconnaître au simple toucher.

La pulpe du doigt ne peut être introduite dans l'orifice cervical, malgré les déchirures qui existent à chaque commissure. On sent que cet orifice forme un anneau induré, surtout en avant.

La lèvre postérieure est résistante, mais à un moindre degré.

Au fond du cul-de-sac antérieur, l'index de la main droite rencontre le corps de l'utérus fléchi à angle presque droit sur le col. La main gauche exerçant au même moment une pression en arrière du pubis, je puis évaluer la hauteur et les dimensions du corps. Il est un peu plus gros que de raison. Il est mobile dans tous les sens ; les mouvements imprimés à l'organe déterminent de la douleur.

Le cul-de-sac de Douglas est parfaitement libre.

Aucune trace d'induration, ni du côté du vagin, ni entre l'utérus et la vessie. Rien entre l'utérus et le rectum.

J'apprends de la malade qu'elle n'a jamais souffert des organes contenus dans le bassin, qu'elle n'a eu ni péritonite, ni phlegmon péri-utérin, ni salpingite, ni appendicite.

L'examen au spéculum laisse voir sur la lèvre antérieure du col une plaie sanieuse, saignant au moindre contact. Le liquide sécrété n'a pas de mauvaise odeur, à vrai dire, mais il est néanmoins un peu odorant.

En avant de l'ulcération, le col est décoloré, et de teinte un peu jaunâtre.

La forme de l'ulcération n'est pas arrondie comme le toucher semblait l'indiquer, mais demi-circulaire ; elle empiète un peu sur les commissures et en avant, elle semble s'arrêter à l'entrée du col dont l'orifice a une direction transversale.

Entre l'ulcération de nature suspecte et l'insertion supé-

rière du vagin, il y a un espace largement suffisant pour pratiquer l'incision antérieure de l'hystérectomie vaginale.

Pas d'hypertrophie ganglionnaire dans les régions inguinales.

L'état général s'est modifié d'une manière défavorable. Le teint est devenu moins vif, mais il est loin d'avoir la teinte jaune paille.

L'amaigrissement qui s'est produit, au dire de la malade, lui aurait fait perdre cinq kilos.

Rien de suspect dans les commémoratifs de famille. Le père et la mère sont morts à l'âge de soixante ans, d'affections aiguës (pneumonie grippale, pneumonie) ne succédant pas à une cachexie pouvant faire redouter un cancer. Pas de néoplasme chez les collatéraux.

Une sœur, plus jeune que la malade, est en parfaite santé.

Je demande qu'il soit procédé à une analyse complète de l'urine et je conclus à une intervention rapide, si aucune lésion rénale ne le contre-indique.

Avec une petite curette, je prélève quelques fongosités, pour les soumettre à l'examen histologique.

Le 1^{er} octobre 1894, je revois la malade dont l'état général ou local ne s'est pas modifié.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines. Légère diminution du taux de l'urée.

L'opération s'impose et je la pratique le 4 octobre 1894.

Quand les dispositions préliminaires sont prises, deux aides maintiennent les valves qui laissent découvrir le col, deux pinces de Museux sont placées sur la lèvre antérieure.

Désinsertion du col avec les ciseaux courbes, en avant d'abord, puis en arrière suivant une ligne d'incision circu-

laire. Décollement digital antérieurement, puis postérieurement.

Perforation du cul-de-sac de Douglas. Un léger écoulement liquide, incolore, se produit à ce moment.

Avec les ciseaux droits, je fais une incision verticale, médiane, antérieure. J'en saisis les bords avec deux nouvelles pinces de Museux. Nouvelles incisions et nouvelles prises, jusqu'au moment où apparaît le péritoine que j'incise à son tour.

La valve antérieure est poussée dans cet orifice et reportée en haut vessie et uretère qu'elle préserve. La traction sur les pinces les plus élevées me permet de faire basculer en avant l'utérus et d'amener à la vulve, à sa suite, la trompe et l'ovaire gauches.

Un grand clamp, courbe sur le plat, est introduit en dehors des annexes gauches; il descend jusqu'à la base du ligament large. Après serrage à bloc, je donne un coup de ciseaux et je place un clamp de soutien, en dedans du premier et descendant aussi bas que lui.

D'un coup de ciseaux, je libère les parties qui retiennent l'utérus de ce côté. La valve inférieure permet d'éviter toute échappée du côté du rectum.

Je fais de même pour le côté droit et j'enlève en un seul bloc, utérus, ovaires et trompes.

Après avoir vérifié la tranche vaginale et appliqué trois pinces languettes sur des points saignant en nappe, je fais un tamponnement avec deux compresses de gaze iodoformée.

Enlèvement des pinces et des clamps au bout de quarante-huit heures. Suppression des tampons au sixième jour.

Injections vaginales très discrètes avec la solution de sublimé.

Suites des plus simples et cicatrisation totale à la cinquième semaine.

L'opérée ne tarda pas à se remettre ; elle partit à la campagne où elle retrouva son teint habituel, son appétit et ses forces. Plus de douleurs, plus de sensations de pesanteur, évacuations alvines faciles. Rien à noter du côté de la vessie.

Au bout de vingt-six mois d'une santé parfaite, un écoulement vaginal se produisit avec assez d'abondance (décembre 1896). L'examen local me fit constater un peu de rougeur au fond du vagin et une induration de la cicatrice. Légère érosion de la muqueuse.

Je prescrivis des injections au bi-carbonate de soude et j'applique un tampon imbibé de glycérine neutre.

Diminution rapide de l'écoulement, mais persistance et augmentation lentement croissante du volume du noyau induré.

Pas de modifications de l'état général.

Je prescrivis l'usage de la magnésie, 2 grammes par jour, ainsi que la prise de teinture de Condurango, à la dose de quarante gouttes par jour.

15 mars 1897. — Je constate qu'au fond du vagin, au centre même de la cicatrice, un gros champignon de végétations s'est développé. Je l'enlève avec quelques coups d'une grosse curette tranchante et après tamponnement à la gaze stérilisée, pour faire l'hémostase, je badigeonne la surface d'implantation, au moyen d'un tampon de coton hydrophile bien imbibé d'huile de pétrole.

Cette plaie reste près de trois mois sans bourgeonner, ni sans vouloir se cicatriser. Deux fois la semaine, je la badigeonne au pétrole et cela suffit pour amener la désinfection.

La malade part à la campagne pour un mois et, à son retour, je constate une nouvelle poussée avec écoulement fétide.

10 juin 1897. — Nouveau curettage comme précédemment, puis reprise des badigeonnages au pétrole trois fois la semaine. De nouveau j'obtiens la désinfection du liquide vaginal. Jusqu'à ce moment les ganglions inguinaux n'ont pas réagi.

10 septembre. — En quelques jours, à la suite d'une interruption de traitement motivée par une absence de la malade, de nouvelles fongosités envahissent le vagin, prennent une dimension donnant le volume au moins des deux poings et je dois encore les enlever avec la curette tranchante. J'en remplis un bassin rognon dont on se sert communément pour les pansements. Adénite inguinale.

Des troubles gastro-intestinaux surviennent : la malade perd totalement l'appétit. Tous les soirs la fièvre la prend, des sueurs profuses l'inondent pendant la nuit, la diarrhée alterne avec la constipation ; les urines deviennent rares et épaisses.

La vessie, comprimée par les fongosités sans cesse renaissantes, est moins tolérante et le nombre des mictions se multiplie. Pas d'hématuries.

La cachexie cancéreuse s'établit, les douleurs dans le bas-ventre sont très aiguës et nécessitent l'usage de la morphine.

Les injections au permanganate de potasse, au sublimé, au formol sont administrées trois fois par jour en alternant : elles combattent à peine la mauvaise odeur.

La malade entre dans le coma le 21 décembre et succombe le 24 décembre 1897.

La survie a été de trois ans et deux mois après l'opération, avec vingt-six mois d'apparence de guérison radicale.

OBSERVATION VIII

Epithélioma du col. — Hystérectomie vaginale. — Récidive.

V... E.

Cette malade, âgée de 35 ans, sans enfants, souffre des organes génitaux internes depuis trois ans.

Amaigrissement notable.

Des pertes blanches avec une odeur forte se produisent depuis cinq mois. Comme traitement local, injections antiseptiques, pansements avec tampons imbibés de glycérine additionnée d'ichthyol. Comme traitement général : analeptiques, purgatifs répétés, à cause de la constipation et iodures. Aucune amélioration ne se produit, au contraire, avec le temps, le mal s'aggrave.

Après examen complet de la malade et recherche des antécédents héréditaires, négatifs, elle accepte l'hystérectomie vaginale.

Cette opération est pratiquée le 7 avril 1900 à l'Hôpital International de Paris.

L'examen histologique pratiqué par le Dr Barlerin, fait conclure à un cancer épithélial du col avec propagation au corps. Les annexes ont été enlevées en même temps que l'utérus. Rien de ce côté.

Suites favorables, sortie le 20 avril. Récidive dans la cicatrice au cours de la troisième année, et mort quatre ans après l'intervention.

OBSERVATION IX

Cancer du col de l'utérus. — Hypertrophie ganglionnaire sans ramollissement dans la région inguinale. — Hystérectomie vaginale. — Guérison opératoire. — Récidive.

M... M.

La malade est âgée de quarante et un ans. Elle est mère de trois enfants qu'elle a élevés et qui sont en parfaite santé.

Dans sa famille, ligne paternelle, on compte plusieurs cas de cancer.

Préoccupée des souffrances qu'elle éprouve, des malaises qui l'empêchent de se livrer au travail, des pertes abondantes et malodorantes qui, depuis trois mois, se produisent de plus en plus profuses, elle demande si une opération ne peut la guérir.

Col de volume ordinaire pour une multipare, mais sensiblement induré et ulcéré sur ses deux lèvres, peu douloureux au toucher, corps utérin un peu augmenté de volume, annexes douloureuses à gauche, mictions fréquentes, constipation rebelle, amaigrissement progressif, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, douleurs lombaires et, à diverses reprises, névralgie sciatique.

Pas d'albuminurie ; pas de sucre.

Le malade entre à l'Hôpital International de Paris le 14 novembre 1900 et reste quelques jours en observation. Elle n'a pas d'élévation de température, bien que ses annexes gauches paraissent être le siège d'une inflammation n'ayant rien de commun avec le cancer qu'elle porte.

Le 17 novembre, hystérectomie vaginale. Ablation des annexes. Rien d'anormal à droite. Suppuration de la trompe gauche. Quelques kystes ovariens de la grosseur d'une aveline sont remplis d'un liquide louche. Une poche plus grosse, atteignant le volume d'une noix, et remplie d'un liquide clair s'est rompue au cours de l'opération. Hémostase avec les pinces de Richelot. Suites des plus favorables. Guérison paraissant radicale pendant deux années entières.

Récidive et mort six mois après par métastase cancéreuse sous formes de crises d'asthme avec développement des ganglions bronchiques, hypertrophie du ganglion de Troisier et accidents cardiaques.

En même temps un champignon, gros comme le poing, s'était produit au fond du vagin, donnant lieu à un écoulement d'une fétidité bien connue. La survie après l'hystérectomie vaginale a été de deux ans et demi.

OBSERVATION X

Cancer de l'utérus avec ulcération du col. — Hystérectomie vaginale. — Récidive.

P., L., trente-six ans.

Cette malade est entrée, à l'Hôpital International de Paris, et a été opérée le 28 novembre 1900.

Elle portait sur le col de l'utérus une ulcération de la dimension d'une pièce de 4 sous ; mais taillée à l'emporte-pièce et entourée d'une zone d'induration.

La malade a toujours souffert du ventre depuis une fausse couche remontant à dix ans. Pertes vaginales abondantes,

sans mauvaise odeur. Menstruation régulière sans exagération, ni douleur. Pas de caillots au moment des règles.

La malade a peu d'appétit ; elle s'est sensiblement amaigrie depuis six mois.

Pansée, cautérisée régulièrement, elle ne voit aucune amélioration survenir dans son état et son médecin, lui conseille de se faire examiner par un chirurgien et de lui demander si une opération n'est pas nécessaire.

Elle est examinée à l'Hôpital International de Paris, et le diagnostic de cancer de l'utérus est formulé.

La malade est opérée en présence du médecin traitant le 28 novembre 1901.

L'hystérectomie vaginale est le traitement de choix et dans ce cas, elle est relativement facile, les culs-de-sac étant entièrement libres et l'utérus ayant une mobilité normale.

Les annexes sont amenées à la vulve et réséquées.

Les lésions macroscopiques sont beaucoup plus avancées que ne le faisaient supposer l'examen digital et l'emploi du spéculum.

La plaie de la lèvre antérieure du col était en quelque sorte l'embouchure d'une lésion, qui se terminait en fuseau à la partie supérieure, de sorte que la lésion de dégénérescence remontait à 2 centimètres environ au-dessus de la portion cervicale.

Annexes non malades.

Guérison de l'opération et sortie de la malade le 10 décembre.

Pendant quinze mois l'état reste des plus satisfaisants, mais alors, de nouveau la santé redevient mauvaise.

Des douleurs hypogastriques réapparaissent.

La malade fut prise de nausées, d'inappétence, de constipation opiniâtre.

La cicatrice vaginale fut envahie par des bourgeons de mauvaise nature.

L'urine devient albumineuse et la malade succombe vingt-deux mois après son opération.

OBSERVATION XI

Cancer de l'utérus. — Envahissement du corps.

Hystérectomie vaginale. — Récidive.

B... C..., quarante-six ans.

Cette malade n'a jamais éprouvé de douleurs dans le ventre. Elle a été prise de flueurs blanches depuis deux ans, et depuis six semaines elle se plaint d'un écoulement roussâtre sans mauvaise odeur.

Mère de deux enfants qu'elle a élevés, et qui sont en très bonne santé, n'a jamais eu besoin de demander de conseils pour sa santé.

Elle n'a dû s'immobiliser à la chambre que pour ses accouchements.

Elle a perdu dans sa famille plusieurs malades atteints de cancer.

Sa mère est morte d'un cancer de l'utérus ; un de ses frères est atteint d'un cancer du rectum, une de ses sœurs est actuellement très malade d'un cancer du côlon. Ces renseignements sont fournis par le médecin de la famille.

L'état de la malade semble florissant ; pas d'amaigrissement.

Le toucher indique que l'utérus est transformé, au voisinage du col, en un ulcère térébrant, saignant abondamment au contact du doigt.

Besoins fréquents de mictions. Constipation habituelle. Rien de saillant du côté des annexes. Hémorroïdes non fluentes.

Le toucher rectal fait connaître que sur sa face postérieure l'utérus est induré et volumineux. Il est vrai que l'organe est en rétro-flexion.

16 février 1903. — Cette malade subit l'hystérectomie vaginale. L'opération s'est faite sans grandes difficultés.

L'abaissement de l'utérus et le mouvement de bascule en avant, ont été aisément produits grâce à la libération d'une véritable collerette vaginale autour du col.

Ligatures de l'utérine, de l'artère du ligament rond et de l'artère ovarienne, avec la soie plate.

Suites immédiates très favorables. Elimination des ligatures à la troisième semaine et sortie de l'opérée le 8 mars 1903.

Bien que la section ait été faite aussi loin que possible sur le ligament large, la récurrence se produit dans la cicatrice vaginale au treizième mois.

OBSERVATION XII

Cancer du corps de l'utérus avec lésions moins avancées sur le col. — Hystérectomie vaginale. — Récurrence.

L... Thérèse, soixante-deux ans.

Cette malade est atteinte d'un écoulement sanguinolent depuis huit mois. La ménopause s'était produite à l'âge de

cinquante ans ; c'est au bout de onze ans qu'une nouvelle apparition de sang s'est produite.

J'examine cette femme le 20 avril 1903 et je conclus à la nécessité d'une opération.

L'examen direct m'avait fait constater que le col, réduit de volume, comme cela se passe après la disparition physiologique des règles, ne portait pas trace de dégénérescence.

Le corps était gros, relativement à l'âge, un peu douloureux au toucher et parfois, spontanément douloureux.

Ce qui avait frappé en premier lieu cette malade, c'étaient des douleurs sur le trajet du nerf sciatique gauche. Parfois aussi elle éprouvait des douleurs lombaires avec exacerbation dans la position verticale et sédation dans le décubitus dorsal.

Je donnerai la préférence à l'hystérectomie vaginale, parce qu'elle est moins dangereuse, et, qu'en raison de son âge cette malade a besoin de tous les ménagements possibles.

Je ne recourrai à la voie haute qu'en cas de nécessité absolue.

Le 1^{er} mai 1903, la malade subit la vaginale et tout marche à souhait au cours de l'opération. Pincement des ligaments larges après bascule de l'utérus et résection des annexes très atrophiées.

Suites excellentes. Sortie de la malade le 21 mai 1903.

Revue au bout de six mois, l'opérée se porte admirablement bien.

Même situation au bout d'un an. Après dix-huit mois, retour des névralgies sciatiques et lombaires. Rien du côté du vagin, rien de saillant du côté du ventre.

Au vingt-deuxième mois : induration de la cicatrice restée souple jusque-là. Récidive menaçante.

A la suite d'une grippe sévère, l'aggravation se précipite et la malade succombe vingt-cinq mois après l'opération.

OBSERVATION XIII

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Récidive.

E... M., quarante-trois ans.

Il est impossible de savoir exactement à quelle époque la maladie a débuté. Le malade a dû sommeiller assez longtemps avant l'éclosion des troubles actuels.

L'amaigrissement est à peine marqué ; la coloration du visage est bonne ; elle ne fait songer ni à l'anémie, ni au ton de la cachexie.

Quelques douleurs erratiques se sont produites, elles ont été réduites à une faible intensité.

Les antécédents familiaux sont très defectueux, en ce sens que l'on compte dans les ascendants plusieurs cas de mort par cancer.

Col gros et court, entr'ouvert, donnant au toucher l'impression d'une mûre dont on écraserait les grains.

Ecoulement séro-sanguinolent sans odeur bien marquée.

Irritation des grandes lèvres.

La malade a le cancer en horreur et elle ne demande qu'à subir toute opération qui serait jugée utile pour couper court à son mal.

Petits ganglions dans les aines.

Rien du côté des divers organes et en particulier des organes urinaires ne contr'indiquant l'opération.

Je pratique le 30 juin 1905 l'hystérectomie vaginale en prenant soin d'assurer l'hémostase avec les pinces et clamps de Richelot.

Suites immédiates parfaites et exeat le 21 juillet 1905.

Dégénérescence au fond du vagin au bout de quatorze mois. Marche très rapide des accidents et survie limitée à dix-huit mois.

OBSERVATION XIV

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Récidive.

P... A., trente et un ans.

Cette jeune femme est atteinte d'un cancer de l'utérus reconnu seulement depuis quelques jours. En effet, jamais elle n'avait éprouvé de douleurs abdominales quand elle fut mise en éveil par un écoulement sanguin, durant six semaines, sans interruption.

Au bout de ce laps de temps, elle consulte un médecin qui porte le diagnostic de cancer et recommande formellement à la malade, de subir sans retard une opération qu'il juge absolument urgente.

Le corps de l'utérus est dur comme du bois. Le col est atrophié et néanmoins ulcéré à l'emporte-pièce en avant du museau de tanche.

Atrophie de l'organe qui apparaît comme frappé d'infantilisme. Ce cancer, chez cette malade rappelle la forme connue sous le nom de squirrhe atrophique.

Les culs-de-sac sont libres, non envahis par le néoplasme et l'hystérectomie vaginale est possible.

Pas de ganglions inguinaux.

Etat général en apparence satisfaisant et en contraste absolu avec la gravité du mal.

Du côté des reins, rien ne contre-indique l'opération.

Toutefois, prévenu des difficultés qui parfois rendent la vaginale d'une réalisation très difficile, je préviens la malade et son médecin, qu'au besoin il faudra utiliser la voie haute.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée le 20 septembre 1905 et la malade sortit le 12 octobre, dans un état aussi satisfaisant que possible.

La thérapeutique était trop tardive, et bien que les sections aient été faites en tissu sain, que pour reculer encore les limites, j'eusse saisi dans les clamps une large surface de ligaments larges dont l'élimination se fit par escarrification, la récurrence se fit au bout de onze mois.

Le jeune âge de la malade était, ainsi qu'on l'a constaté pour toutes les localisations cancéreuses, un élément de repullulation rapide des cellules embryonnaires et une cause de récurrence prochaine.

Chez elle, c'est dans la cicatrice de la vaginale qu'apparaissent les premières manifestations.

Puis le plexus sacré devint le siège de vives douleurs. Une névralgie sciatique apparaît à diverses reprises.

La cachexie cancéreuse s'établit et des troubles gastriques, (nausées, vomissements, anorexie) précipitent la déchéance organique.

La mort survint treize mois et demi après l'hystérectomie.

OBSERVATION XV

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Récidive.

Cap... Marg., 40 ans.

Cette malade habite la banlieue de Paris.

Mère de deux enfants, elle accuse deux fausses couches : l'une entre le premier et le second enfant, l'autre postérieurement au second.

Bien réglée, n'éprouvant pas de troubles sérieux du côté des organes génitaux, elle ne peut soupçonner à quelle époque peut remonter le mal qui l'amène à la consultation de l'Hôpital International de Paris.

Soignée dans une clinique de médecine gynécologique, elle ne voit pas diminuer l'importance de l'écoulement vaginal qui l'a préoccupée au début.

Pas de métrorragies. Règles non douloureuses.

L'examen de l'utérus par le toucher indique une dégénérescence de la lèvre postérieure avec ulcération suspecte en avant du museau de tanche.

Utérus légèrement prolabé et en anteflexion, non augmenté de volume.

Malgré un amaigrissement constaté par la patiente, son état général reste satisfaisant.

Aucun traitement médical ne put modifier l'écoulement qui alarma tant la malade, et étant donnés les renseignements cliniques que fournit l'examen, étant donnée en outre l'existence de cas de cancer dans les ascendants, il faut se hâter

d'intervenir ; il est même déjà tard pour le faire avec certitude d'obtenir un succès durable.

Le 25 octobre 1905, opération.

L'hystérectomie vaginale permet d'enlever en totalité l'utérus et les annexes.

Hémostase des utérines par ligatures.

Ligatures sur les pédicules latéraux.

Suites d'une extrême bénignité et sortie après trois semaines de séjour le 25 octobre 1905.

Pendant dix mois les suites furent parfaites.

Peu après des douleurs du côté du sacrum apparurent, s'amendèrent, pour revenir ensuite.

Rien encore du côté de la cicatrice opératoire.

Au quatorzième mois, suintement vaginal, rougeur du fond de ce conduit sans bourgeonnement de mauvaise nature.

Vers la fin du quinzième mois apparition d'un champignon au fond du vagin.

Pertes teintées de sang. Un curettage enlève les fongosités, mais il laisse voir à leur lieu et place une excavation béante, plongeant dans le petit bassin.

Reproduction très rapide d'un autre champignon cancéreux, malgré les cautérisations avec le perchlorure de fer, l'acide picrique, l'alcool additionné d'acide salicylique et le thermocautère.

Au dix-neuvième mois, la malade succombait à la généralisation-cancéreuse.

OBSERVATION XVI

*Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale.
Récidive.*

Th... Cél., 48 ans.

Malade atteinte de fleurs blanches depuis plusieurs années. Modification de l'écoulement depuis trois mois environ. Au lieu de pertes empesant le linge sans le tacher en jaune ou en vert, le liquide qui s'écoule sur le vagin est teinté de sang.

Peu ou pas de douleurs.

Le col est entr'ouvert et par son orifice pend un petit polype muqueux.

La lèvre postérieure est ulcérée et l'on sent qu'elle a une consistance framboisée mais dure.

Pas de cancer dans la famille.

L'examen au spéculum fait découvrir un petit polype muqueux fortement coloré et adhérent à la lèvre postérieure par un pédicule filiforme. Avec une pince languette je le saisis et l'arrache.

Pansement avec l'alcool additionné d'acide salicylique à 5 o/o.

L'ulcération a un vilain aspect, elle saigne au moindre contact ; elle est recouverte d'un enduit d'un blanc jaunâtre ressemblant à des grains de fécule.

Les tampons employés pour sécher la plaie prennent une odeur pénétrante.

Le col est gros et suffisamment solide pour supporter la traction des pinces de Museux.

Comme la lésion suspecte occupe la partie de la lèvre postérieure voisine de l'orifice et que la section vaginale vers le Douglas passe à un point sensiblement plus élevé, je crois pouvoir donner le choix à la vaginale.

Opération classique. Curettage, puis cautérisation du col au niveau de la lésion et incision tout autour du col.

Après la bascule de l'utérus en avant, je ramène avec le doigt recourbé en crochet les annexes gauches un peu haut situées.

Les annexes droites descendent ensuite toutes seules.

L'ovaire gauche renferme trois kystes gros comme des grains de raisin et remplis d'une sérosité claire, transparente.

L'utérus est divisé en deux et avec chaque moitié sont supprimées les annexes adjacentes.

Récidive au treizième mois. La malade a succombé au bout de dix-huit mois.

OBSERVATION XVII

*Epithélioma du col. — Hystérectomie abdominale.
Récidive.*

A..., trente ans.

Cette jeune femme est atteinte d'une dégénérescence épithéliale du col, ne pouvant donner lieu à une méprise. Son médecin la soigne depuis six mois pour une ulcération qui malgré les pansements assidus n'a fait qu'augmenter.

Néanmoins, il est sage de prélever un fragment aux confins de l'ulcération et de le soumettre à l'analyse.

Malheureusement pour la patiente, elle appartient à une famille où le cancer a fait plusieurs victimes.

L'examen histologique confirme le diagnostic de cancer.

En raison de l'âge de cette malade et de la facilité avec laquelle s'opère la récurrence chez les jeunes sujets, je crois devoir choisir la voie haute pour que l'exérèse soit aussi large que possible et que rien n'échappe à mes recherches.

Je pratique la laparotomie abdominale le 30 septembre 1904.

L'ablation des annexes de l'utérus est totale. Je fais les ligatures au catgut et je rétrécis par quelques points le fond du vagin. Je ne laisse que juste la place pour disposer un drain de caoutchouc.

Je ne trouve aucun ganglion hypertrophié au voisinage de l'utérus.

Fermeture de la cavité abdominale par trois plans. Catgut pour le péritoine et les muscles droits. Crins de Florence sous la peau. Suites favorables.

Malgré l'importance, l'étendue de l'opération, la récurrence se fait à la fin du sixième mois.

OBSERVATION XVIII

Epithélioma de l'utérus. — Hystérectomie abdominale. — Evidement du bassin. — Ablation des ganglions inguinaux. — Mort au quatrième jour.

Dub... Clém..., cinquante-deux ans, sans profession, habite Paris depuis l'âge de deux ans, réglée de quatorze à quarante-quatre ans, elle n'a eu d'accidents génitaux qu'à partir de la ménopause. Depuis elle n'a cessé d'éprouver un

sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, avec propagation de douleurs dans la région lombaire et souvent impossibilité de se livrer au travail.

La malade est arthritique et l'on ne manqua pas de mettre sur le compte du rhumatisme les phénomènes douloureux qu'elle éprouvait. Cependant depuis dix-huit mois l'attention de son médecin fut attirée du côté des organes génitaux, en raison d'un écoulement sanguinolent se produisant par intervalles et se manifestant à chaque rapport sexuel. Depuis huit mois l'écoulement n'a pas cessé de se produire. Mais malgré les conseils du médecin, la malade ne voulait entendre parler d'aucune intervention chirurgicale.

Elle entre à l'Hôpital International de Paris le 21 novembre 1900. A son entrée elle est examinée et le diagnostic « Epithélioma du col de l'utérus » est des plus simples. En effet le col a disparu presque totalement, un écoulement jaune, puis sanguinolent, se produisit au moment du toucher : il n'est pas possible de passer entre le col et la vessie ; il existe une douleur à l'hypogastre et la malade se plaint en outre d'envies fréquentes d'uriner, de difficultés pour aller à la garde-robe. Toutefois la lèvre postérieure du col ne paraît pas autrement malade et on ne sent aucune modification de mauvaise nature au niveau du cul-de-sac de Douglas, plusieurs ganglions hypertrophiés dans les aines.

La malade, après avoir été préparée à l'opération qu'elle doit subir, est placée en position de Trendelenbourg et laparotomisée le 21 novembre 1900. Après incision de la cavité abdominale l'utérus est amené en haut grâce à des tractions exercées par des pinces de Museux appliquées au niveau de chacune des cornes.

Le centre de l'organe paraissant être trop ramolli pour supporter une traction un peu énergique, l'utérus est enlevé comme dans les opérations précédemment citées. On trouve en arrière des ganglions volumineux ayant atteint, l'un, le volume d'un œuf de pigeon et les autres celui de grosses olives. L'évidement du bassin est pratiqué, l'hémostase est assurée ensuite au moyen de quelques points de suture faits avec des aiguilles rondes, puis la cavité abdominale est fermée, après drainage, avec trois plans de sutures. Dissection de ganglions inguinaux et suture.

La malade ne résista pas à cette opération et succomba le 25 novembre, au quatrième jour.

OBSERVATION XIX

Hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus avec ulcération du col ayant détruit cette portion dans sa presque totalité. — Hystérectomie abdominale.

T... R., cinquante-neuf ans, entre à l'hôpital International de Paris le 20 février 1900. Le médecin, qui l'adresse, soigne cette malade depuis une quinzaine de jours seulement et, bien qu'il n'eût guère de doute sur la nature réelle de la lésion, il soumit cette malade à un traitement ioduré intensif.

Aucune modification n'étant survenue dans son état il se hâta de conclure à l'extrême urgence d'une intervention chirurgicale.

L'état général de la malade est relativement satisfaisant, en ce sens qu'elle a conservé un notable embonpoint, plus

gênant qu'utile, dans l'espèce, puisqu'il y a lieu d'abandonner la voie vaginale, la voie haute étant seule accessible.

Il existe des ganglions inguinaux à droite et à gauche ; ils sont durs, sensiblement augmentés de volume et non menacés de ramollissement.

Après curettage des fongosités qui ont envahi et détruit le col, la malade est placée en position de Trendelenbourg et la laparotomie est pratiquée.

Le corps de l'utérus apparaît volumineux, congestionné et ramolli, il est enlevé grâce à une incision passant en dehors des annexes, à droite et à gauche.

Les vaisseaux sont liés à la soie, au fur et à mesure de la pénétration de l'incision. La partie du péritoine que revêt la face antérieure de l'utérus est décollée au moyen d'une incision libératrice, la vessie est refoulée avec les uretères et le vagin est incisé aussi bas que possible. La péritonisation est faite avec les lambeaux de la partie antérieure de l'utérus.

Un gros ganglion rétro-utérin est enlevé à la curette tranchante, son point d'implantation est tamponné avec une petite compresse de gaze stérilisée, puis la cavité abdominale est fermée par trois points de suture.

Un drain plonge de la ligne de suture jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

Les ganglions inguinaux sont enlevés par dissection.

La malade succombait le 26 février, soit quatre jours après l'opération.

OBSERVATION XX

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie par les deux voies.

A. V... soixante-deux ans.

Pour cette malade, le diagnostic ne laisse prise à aucun doute. Elle n'a que trop différé l'heure de l'intervention.

La voie vaginale ne paraît pas s'imposer absolument et il est probable qu'après libération du col, il faudra continuer l'exérèse par la voie haute.

Le col est difficile à séparer en avant, il existe un réel ramollissement au niveau de l'isthme et je crains que le décollement avec le doigt ne détermine une perforation de la vessie.

En revanche, en arrière, l'accès du Douglas ne donne lieu à aucune difficulté.

Je procède à la laparotomie. Je suis très heureux de n'avoir pas pénétré plus haut en avant. Des annexites anciennes ont créé des adhérences que j'écarte avec la plus grande attention. Je libère la face antérieure de l'utérus et je peux enlever ensemble annexes et matrice dégénérées. Après, ligatures au gros catgut, à droite, puis à gauche.

Pas de ganglions hypertrophiés dans le péritoine.

Les suites immédiates furent bonnes, mais la malade récidiva au bout de quatorze mois.

La survie totale atteint vingt et un mois.

OBSERVATION XXI

Fibrome ayant subi la dégénérescence cancéreuse. — Hystérectomie abdominale. — Guérison opératoire.

D... Léontine, quarante-huit ans, de Blois, est adressée à l'Hôpital International de Paris, pour y subir une opération nécessitée par la présence d'une tumeur abdominale.

L'état général de cette malade est relativement satisfaisant ; elle accuse néanmoins des douleurs presque constantes au niveau d'une tumeur qu'elle a depuis des années, dit-elle, et pour laquelle on lui a fait espérer une guérison sans opération, au moment du retour d'âge.

Réglée à treize ans, mariée à vingt ans, mère d'un enfant, la santé de cette malade ne se trouve altérée que vers l'âge de quarante-quatre ans. A cette époque, la menstruation est devenue beaucoup plus abondante, parfois même des hémorragies, dans l'intervalle des règles, se sont produites sans aucune apparence de raison.

Examinée alors, la malade fut reconnue atteinte d'un fibrome ayant approximativement le volume des deux poings d'un adulte. Se soumettant au repos au moment des hémorragies, évitant tout ce qui eût pu favoriser l'abondance de l'écoulement menstruel, faisant usage de préparation à base d'ergotine, la malade s'était soutenue tant bien que mal jusqu'il y a six mois. Depuis elle a noté que la pesanteur qu'elle éprouvait par intervalles était permanente, intolérable et que parfois elle ressentait de véritables élancements dans son fibrome.

Elle aurait maigri de 4 kilos environ.

Pas de troubles importants du côté de la miction.

Pas de constipation habituelle.

Elle prétend que l'écoulement vaginal prend parfois une odeur fade et désagréable.

L'examen par le toucher donne les indications suivantes : Tumeur fibreuse, grosse comme une noix de coco, peu mobile, moins solide, moins résistante que le fibrome, ayant plutôt la mollesse d'un kyste qui ne serait pas trop tendu.

Le col est volumineux, non ulcéré, mobile.

Le volume de la tumeur n'est pas de nature à faire songer à la voie vaginale. Aussi, le 30 juillet 1899, la malade est opérée par laparotomie.

A l'ouverture de la cavité abdominale il se produit un écoulement rose groseille, qui indique déjà une dégénérescence de la tumeur. Le fibrome n'est pas, en apparence, solide, ni en avant ni en arrière ; il est saisi avec une pince à kyste, soulevé, amené en dehors de la cavité abdominale et libéré en dehors des annexes. Un lambeau antérieur est taillé avec le bistouri, pour isoler les uretères. Le col est ensuite détaché à coup de ciseaux courbes jusqu'au niveau des insertions vaginales.

L'organe est enlevé en totalité. Le vagin est rétréci par quelques points séparés au catgut. Un drain en croix assurera l'écoulement des liquides par le vagin.

La cavité abdominale est refermée après examen minutieux et constatation de l'intégralité des ganglions. Pansement aseptique.

Les suites de l'opération ont été des plus simples et la malade quittait le service le 25 août 1900. Revue en 1903,

la santé de l'opérée était très précaire. Depuis on n'a plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION XXII

*Cancer de l'utérus. — Hystérectomie abdominale.
Récidive.*

G... V., cinquante-neuf ans.

Cette malade habite les environs de Paris et se livre à la culture. Peu de soins, ignorance des règles de l'hygiène. Elle a rarement pris des injections, on n'en prescrivait guère au temps où elle fut mère.

Diagnostic d'autant plus facile qu'il s'est opéré un temps d'arrêt entre les règles et le retour des hémorragies actuelles.

Pendant cinq ans elle n'avait rien perdu par les voies génitales.

L'utérus est à peine augmenté de volume, mais il se produit un écoulement séro-sanguinolent à odeur forte, qui oblige la malade à porter constamment des linges de toile pour se garnir.

Le col est peu induré, il ne paraîtrait pas malade et le diagnostic ne s'imposerait pas, sans l'écoulement que je viens d'indiquer.

Ganglion légèrement hypertrophié dans les régions inguinales.

La malade a toute l'apparence d'une belle santé et elle est absolument décidée à se laisser opérer.

Je donne la préférence à la voie haute, parce que je crains

que le développement des ganglions de l'aîne ne soit l'indice d'une lésion analogue dans le bassin.

Je fais la laparotomie abdominale le 14 mai 1904.

Tout se passe normalement, jusqu'au moment où je vais dégager le col ; à ce moment la traction, pourtant modeste, exercée sur les pinces, détermine une rupture au niveau de l'isthme et je dois en un second temps libérer le col, après avoir enlevé la partie haute de l'utérus et les annexes.

Cette manœuvre est difficile par la voie abdominale, fautive de prise. Je tiens cependant à ne rien laisser du col.

En conséquence, après avoir vérifié l'hémostase et avoir constaté l'absence de ganglions, je ferme le péritoine et j'interviens sur le vagin pour enlever le pôle inférieur de l'utérus.

Tamponnement avec mèches de gaze stérilisée, pour assurer le drainage.

L'opérée sortit le 14 mai 1904. Un an après, elle avait une récurrence dans la cicatrice même du vagin.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion des gynécologues et de Richelot, entre autres, qui localisent surtout la récurrence au fond du vagin et rendent vaines les craintes des chirurgiens qui, partisans de la voie haute, redoutent la récurrence dans les ganglions.

Cette malade n'a pas été revue depuis et il y a lieu de ne pas la considérer comme ayant résisté bien longtemps après une année de survie.

OBSERVATION XXIII

Cancer du col et du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale. — Récidive.

B... Marguerite, cinquante-cinq ans, entre dans le service du Dr Bilhaut à l'Hôpital International de Paris, le 19 mai 1899.

Cette malade est atteinte d'un cancer du col de l'utérus avec propagation au corps.

L'hystérectomie vaginale doit être tentée, car il ne semble pas que l'utérus ne puisse être abaissé et que l'incision ne doive être pratiquée dans les parties non encore contaminées des culs-de-sac antérieur et postérieur.

L'incision est pratiquée aux ciseaux courbes ; mais en essayant de séparer l'utérus, en avant, l'instrument pénètre dans la cavité et les pinces de Museux détachent la portion située au-dessous de l'incision.

Il devient nécessaire ainsi de recourir à la voie haute, parce que le fond de l'utérus apparaît lui-même sérieusement envahi par le cancer.

La malade est placée en plan de Trendelenbourg. La cavité abdominale est ouverte, une pince de Museux appliquée sur le fond de l'utérus y pénètre en le machant et il devient nécessaire d'enlever l'organe malade en se bornant à inciser les annexes suffisamment résistantes pour supporter une traction. L'utérus est ainsi enlevé par sections entre deux clamps. Ligatures à la soie. Drainage par le vagin de la cavité abdominale. Suture en trois plans. Guérison opératoire

La récédive se fit avec la plus grande promptitude et la malade, opérée le 23 mai, succombait le 10 août de la même année.

OBSERVATION XXIV

*Hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus inopérable
par le vagin.*

Dame T... Marie, âgée de trente-huit ans, entre à l'Hôpital International de Paris le 15 mars 1899. Elle est atteinte de cancer avancé du col de l'utérus, d'un diagnostic extrêmement facile.

L'opération est pratiquée le 21 mars 1899.

Il n'est pas possible de pratiquer l'hystérectomie vaginale, parce que le col a disparu en totalité et que les pinces de Museux appliquées sur la lèvre postérieure, la seule un peu résistante, ne parviennent pas à abaisser l'utérus.

Le col est enlevé à la curette tranchante ainsi que les fongosités qui occupent le tiers inférieur du corps de l'organe. Un tampon est laissé en place pour assurer l'hémostase et immédiatement des précautions sont prises pour pratiquer la laparotomie.

La malade est placée en plan de Trendelenbourg et quand la cavité abdominale est ouverte, des compresses stérilisées sont placées sur les intestins pour les préserver de toute contamination.

Les annexes gauches sont libérées aux ciseaux entre deux clamps ; il en est de même des annexes droites et l'utérus est détaché, grâce à une incision de la partie supérieure du vagin.

Deux ganglions hypertrophiés sont cueillis à la main, dans le petit bassin.

Drainage. Fermeture de la cavité abdominale par trois plans. Le drain fait issue par la paroi abdominale.

Les suites ont été très favorables, mais la récédive s'est produite au quatrième mois, dans les cicatrices du vagin.

Au huitième mois la malade était prise d'accidents pulmonaires et succombait au neuvième mois.

OBSERVATION XXV

Cancer de l'utérus

Hystérectomie vaginale et abdominale combinées.

C... J..., quarante-six ans.

Cette malade est atteinte d'un cancer de l'utérus qui a envahi le col et dépasse le niveau de l'isthme. Tous les éléments de diagnostic sont réunis et le doute ne peut se faire.

Les ganglions inguinaux sont hypertrophiés et ne semblent pas ramollis.

Teint jaune paille caractéristique du cancer : conjonctives décolorées.

Ralentissement de la nutrition.

L'hystérectomie vaginale est discutable dans ce cas, parce que l'hystéromètre donne la notion d'une cavité, profonde de 9 centimètres, et que, malgré la douceur avec laquelle le cathétérisme est fait, il se produit un écoulement sanguin quand on va atteindre le fond de l'organe.

Il y a donc lieu de conclure que les fongosités occupent le fond de la matrice et que le tissu qui les soutient est lui-même altéré.

19 octobre 1903. — Opération par les deux voies. Curettage rapide des fongosités et thermo-cautérisation. Libération du col et de la face antérieure. Incision postérieure, décollement et perforation des culs-de-sac de Douglas. Tamponnement du vagin.

Laparotomie médiane.

L'utérus, ayant été repoussé de bas en haut par la compresse de gaze aseptique placée dans le vagin, devient très facilement accessible par l'abdomen. Une pince avec mors, placée sur la ligne médiane du fond, en dilacère le tissu extrêmement friable. Deux autres pinces sont appliquées au niveau des cornes et permettent d'attirer le corps autant qu'il convient.

Libération des annexes de l'utérus après ligatures et enlèvement de la totalité.

En arrière de l'utérus des lésions péritonéales multiples retiennent l'attention, il faut procéder à un évidement.

Péritonisation et utilisation de deux drains, l'un vaginal, l'autre abdominal : ils sont séparés l'un de l'autre par la lame péritonéale taillée entre l'utérus et la vessie et suturée aux franges du gros intestin de manière à faire un cloisonnement.

Suites favorables, sortie de la malade le 6 novembre 1903.

Récidive au fond du vagin et production de masses sarcomateuses intra-abdominales au bout de cinq mois.

Décès avant la fin de la première année qui suivit l'opération.

Cette observation et celles qui précèdent prouvent que lorsque la voie vaginale ne paraît plus suf-

fisante pour assurer une survie, la voie abdominale ne donne plus de sérieuses garanties.

Elle prouve aussi que le procédé d'évidement ne donne pas plus de satisfaction que la seule ablation vaginale.

L'envahissement du péritoine, de ses lymphatiques, indique que l'heure de l'opération radicale est passée et que le bénéfice du traitement chirurgical doit demeurer, en pareil cas, extrêmement réduit.

Enfin, il faut en conclure que la voie abdominale est plus dangereuse que la voie vaginale. Quelle que soit, en effet, l'habileté des chirurgiens gynécologues, partisans décidés de la voie haute, ils ne refusent pas de reconnaître que, tout en la jugeant plus rationnelle, plus complète, elle reste assurément plus grave que l'intervention par les voies naturelles.

Cette opinion ne se rapporte, bien entendu, qu'aux faits de cancer avancés.

OBSERVATION XXVI

Cancer de l'utérus. — Libération du col. puis hystérectomie abdominale. — Evidement du bassin

M^{me} P..., quarante-neuf ans.

Cette malade est mère de cinq enfants. Elle a passé une vie active consistant en exercices gymnastiques, danses, etc.

Elle a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a deux ans où elle a commencé à avoir des règles beaucoup plus abondantes que précédemment.

Chez elle, les veines des membres inférieurs sont extrêmement dilatées. Appelé à lui donner des soins au cours d'une grossesse, il y a vingt ans, j'ai constaté des varices énormes remontant jusqu'à l'ombilic et, en outre, j'ai noté la présence d'une veine atteignant le volume d'un petit doigt sur chacune des grandes lèvres.

Régression de cet état après l'accouchement. Examinée par des médecins, puis par un chirurgien, le diagnostic suivant fut porté : fibrome de petit volume à enlever au plus tôt par la voie vaginale]; menaces de dégénérescence cancéreuse.

La malade ne mit aucune hâte, malheureusement, à se décider à cette opération et quelques mois après cette consultation elle venait me demander à mon tour un examen, comptant pouvoir se contenter d'un traitement médical.

On lui avait dit qu'après la ménopause, les fibromes tendaient à disparaître spontanément : son âge lui faisait croire qu'elle pourrait bénéficier de cet aphorisme trop souvent trompeur.

Je trouvai un col profondément désorganisé, saignant à la pression du doigt et donnant issue à un liquide séro-sanguinolent, commençant à prendre de l'odeur : l'insertion du vagin est envahie en avant.

En arrière, le col a conservé une partie relativement saine et pouvant servir de fixation aux pinces de Museux.

L'utérus est plus gros que le poing et sans dégénérescence de mauvaise nature il pourrait être facilement extrait par le vagin : dans ce cas, l'opération par la voie basse serait très aléatoire, difficile, peut-être impossible ; aussi, est-ce à la voie haute qu'il faut donner la préférence.

Toutefois en raison du mauvais état du col, et de la difficulté probable à tout enlever en bloc par l'abdomen, je prends le parti de combiner les deux voies.

Je commencerai par le vagin, par la libération du col et je terminerai par la voie haute.

Les ganglions inguinaux sont très développés. La malade est dans un état d'amaigrissement très marqué. Elle est épuisée par les métrorragies menstruelles et par les pertes inter-menstruelles.

Elle s'alimente mal, et commence à souffrir à l'hypogastre et dans la région lombaire.

L'opération est pratiquée le 24 octobre 1903.

J'incise une collerette vaginale en avant du col.

Je sectionne en arrière, à la hauteur normale ; en avant, avec d'innombrables précautions je décolle la vessie dont les parois ne sont pas altérées. Je n'arrive pas toutefois jusqu'à la perforation du péritoine.

En arrière, les pinces de Museux sont assez solidement fixées pour me permettre le décollement du péritoine et la perforation du cul-de-sac de Douglas.

Écoulement d'un liquide rosé.

Je ne fais aucune section latéralement, je laisse donc intactes les utérines.

Deux grandes compresses de gaze aseptique sont placées dans le vagin en guise de tampon.

La malade est ensuite placée en plan de Trendelenburg pour la laparotomie abdominale. Incision classique et protection des masses intestinales au moyen de compresses stérilisées.

L'utérus est saisi par deux pinces au voisinage de ses cornes, le fond du dit organe paraissant ramolli.

Les annexes sont détachées aux ciseaux, entre un clamp du côté utérin et une ligature sur les pédicules vasculaires. Je dissèque, en avant, une lame péritonéale et je retrouve le plan de décollement que j'ai fait, avec l'index, par voie vaginale.

La ligature sur l'utérine, une fois placée, je sépare le côté droit de l'utérus. A gauche, même manœuvre, et j'ai d'un seul bloc utérus et annexes.

En arrière de l'utérus je trouve trois gros ganglions que j'enlève par simple expression digitale. L'un d'eux a le volume d'un œuf de pigeon. Je détache avec une curette les fongosités qui restent aux points d'implantation ; puis, je cautérise avec un petit tampon de gaze imbibé de chlorure de zinc. Je réunis les bords des trois plaies ganglionnaires avec des sutures au catgut faites avec des aiguilles rondes.

Au niveau de l'anse Oméga je trouve un ganglion hypertrophié, non ramolli, dont je libère la coque aux ciseaux et que j'enlève. Même procédé de suture que pour les précédentes.

L'hémostase étant bien assurée, je place un gros drain sortant par l'abdomen d'une part, par le vagin d'autre part. Je suture la plaie abdominale par trois plans au catgut et aux crins de Florence et ne laisse dans le vagin qu'une petite compresse de gaze aseptique entourant le drain et le coiffant à l'extérieur.

La malade fut très fatiguée par cette opération les deux premiers jours et elle sembla ensuite se remettre.

Pas de température ; mictions abondantes.

Garde-robes, pas de météorisme.

Le quatrième jour, 28 octobre, l'écoulement était insignifiant.

Je supprime le drainage.

Les 29, 30 et 31 octobre bon état, mais la malade n'a pas d'appétit. Des nausées se produisent à chaque prise de boissons alimentaires.

1^{er} et 2 novembre. — Faiblesse de plus en plus grande.

3 novembre. — Le cœur faiblit. Hypothermie.

4 novembre. — La malade succombe sans troubles indiquant la réaction péritonéale.

Les causes de l'insuccès s'expliquent ici par l'état de faiblesse dans lequel se trouvait la malade au moment beaucoup trop retardé de son opération.

Déjà elle était anémiée par les hémorragies, le flux vaginal et par l'insuffisance de son alimentation.

OBSERVATION XXVII

Utérus fibromateux ayant subi la dégénérescence cancéreuse. — Hystérectomie abdominale.

R... Marie, cinquante-trois ans.

Cette malade a été examinée par plusieurs médecins et par plusieurs chirurgiens.

Depuis dix ans, son ventre a pris des proportions de plus en plus marquées et le diagnostic *fibrome* a été porté. Mais, les conseils que recevait la patiente étaient très différents, suivant qu'ils émanaient d'un médecin ou d'un chirurgien. En l'absence de douleurs et d'hémorragies, disaient les pre-

miers, il faut s'abstenir de toute opération. La ménopause se charge souvent de tout arranger pour le mieux et d'atrophier la tumeur sans faire courir les risques d'une opération.

Les chirurgiens étaient d'un avis opposé et préconisaient la laparotomie avec extirpation totale de l'utérus pour éviter la dégénérescence toujours possible du moignon du col.

Ces derniers étaient frappés par le nombre des cancéreux de la famille de la malade et leur avis était entièrement le bon.

Les années passèrent ; la ménopause ne se produisit pas ; au contraire, les règles devinrent de plus en plus abondantes, de plus en plus longues, l'espace de temps compris entr'elles ne permettant pas à la malade de compenser les forces perdues sous l'influence des métrorragies.

Il en résulta une chloro-anémie très accentuée, avec oppression, souffle doux du cœur, sentiment de lassitude, amaigrissement progressif et anorexie.

Quand j'examinai la malade pour la première fois, je fus frappé de son mauvais état et après examen local, je conclus à une hystérectomie aussi prochaine que possible pour ne pas laisser au mal le loisir de déterminer une dépression plus grande.

20 janvier 1904. — Je pratique l'hystérectomie abdominale et après incision sur la ligne blanche, je découvris l'utérus fibromateux en voie de dégénérescence cancéreuse.

Il me fut impossible de luxer la tumeur au moyen des engins hélicoïdes. De la plus petite à celle du plus gros rayon, toutes déchirèrent le tissu utérin.

Je dus introduire, en avant et en arrière, des compresses

de gaze et saisir la tumeur à pleines mains après avoir augmenté l'étendue de la ligne d'incision.

Heureusement les anses intestinales étaient bien protégées par des compresses stérilisées, car la tumeur saignait assez abondamment. Je coupai les annexes entre deux clamps et divisai de même le ligament large droit. En procédant de même à gauche, j'enlevai la tumeur après avoir contourné aux ciseaux courbes l'incision vaginale.

La dégénérescence du fibrome avait été une désagréable surprise et je n'ai jamais rencontré ni avant, ni depuis, une tumeur cancéreuse d'un semblable volume.

Quand l'hémostase eut été assurée au moyen de ligatures au catgut n° 4, je plaçai un tube assurant le drainage trans-péritonéal vaginal.

L'opération avait duré trente-cinq minutes.

Vomissements chloroformiques dès le réveil. vomissements moins abondants le lendemain et bon état le troisième jour.

Le septième jour, 27 janvier, la malade semblait hors de danger, quand elle fut prise subitement d'une syncope et succomba.

OBSERVATION XXVIII

*Cancer de l'utérus. — Hystérectomie abdominale
Récidive.*

V. Del..., trente-quatre ans.

Cette malade a un passé gynécologique parfait. Pas de fleurs blanches, pas de dysménorrhée, pas de malaises abdominaux, pas de prolapsus.

A la suite d'une chute violente sur le siège, elle a commencé à ressentir des douleurs lombaires.

Sujette à la constipation elle a cru d'abord rapporter à des hémorroïdes internes la sensation de pesanteur qu'elle éprouvait dans le bas-ventre.

Plus tard, les envies d'uriner plus fréquentes ont attiré son attention.

Le toucher vaginal indique que le col a perdu sa souplesse : il est comme du caoutchouc durci.

Les rapprochements sexuels font naître des douleurs sourdes, qui s'aggravent et ne cessent que longtemps après.

Les annexes ne sont pas douloureuses.

L'utérus n'est pas aussi mobile qu'à l'état normal et les mouvements que je lui imprime occasionnent de la douleur.

Je crains que le mal n'ait déjà envahi les ligaments larges. Pour ce motif et dans le but de faire une intervention aussi complète que possible et d'éviter le bassin, je donne la préférence à la voie haute.

18 janvier 1905. — Opération régulière.

Le mal ne semble pas avoir dépassé les limites de l'utérus. Les uretères sont écartés au moment où la vessie est libérée et repoussée en avant ; ils ne sont pas contenus dans une gangue de dégénérescence.

Je sépare les annexes et je sectionne les ligaments larges, aussi loin que possible de l'utérus.

Sutures au catgut sur le vagin. Péritonisation. Drainage par le vagin. Pas de ganglions, pas d'évidement.

Suites immédiates parfaites. Pas d'élévation de température. Guérison post-opératoire et sortie le 9 février 1905.

Malgré la technique suivie, la malade récidive au septième mois.

La cicatrice vaginale est douloureuse, chaude au toucher et des douleurs lombaires se produisent avec une grande intensité.

Décès au neuvième mois.

OBSERVATION XXIX

Cancer de l'utérus avec destruction complète du col. — Métrorragies. — Curettage des fongosités. — Evidement du corps de la matrice. — Cessation des hémorragies.

M^{me} R... Marie, cinquante-quatre ans.

Cette malade est veuve depuis cinq ans. Elle ne peut savoir à quelle époque remonte son mal. Elle n'accuse pas de souffrances, mais elle se sent déprimée par les hémorragies incessantes qui se sont produites depuis trois mois.

L'écoulement par le vagin n'a pas d'odeur.

Le toucher donne des renseignements plus précis sur l'état lamentable du col. Il a disparu en totalité et se trouve remplacé par une excavation à bords durs, limitée en avant par la paroi vésicale encore intacte et, en arrière, par le vagin déjà envahi.

Il n'y a d'autre thérapeutique à adopter que le curettage.

Cette opération est pratiquée le 24 août 1905. La cavité entière est l'objet d'un véritable évidement. Toutes les chairs fongueuses sont largement enlevées avec une grosse curette tranchante. Puis il est procédé à un badigeonnage avec la solution de chlorure de zinc. De petits tampons de gaze stérilisée

assèchent la cavité, puis un nouveau badigeonnage à la solution phéniquée forte est fait avec soin pour éviter d'inonder le vagin. Un courant d'eau stérilisée additionnée d'oxycyanure de mercure à 1 o/o assure un dernier nettoyage.

Dès que la curette a détaché les tissus dégénérés, l'écoulement sanguin se tarit. Suites très simples. La malade quitte le service après un repos de trois semaines. On lui a administré trois fois par jour une injection vaginale chaude au formol.

Depuis, les hémorragies ne se sont jamais reproduites.

La malade a un suintement séreux sans odeur nauséabonde.

Après le curettage, les forces sont revenues, mais il ne pouvait être question dans ce cas de guérison radicale.

Toutefois l'opérée, à la date du 20 juin 1907, vit toujours, bien que la cachexie cancéreuse s'accroisse progressivement et que l'issue fatale ne puisse faire de doute.

On peut dire que le traitement lui a assuré une survie de deux ans, puisque les hémorragies qu'il était appelé à combattre devaient sûrement faire succomber la malade à bref délai.

OBSERVATION XXX

Cancer de l'utérus. — Curettage.

G... Julia, trente-sept ans.

Cette malade est employée dans une grande maison de couture et passe la moitié de l'année dans le Midi et demeure à Paris pendant la belle saison.

Très surmenée, il ne lui est pas possible de consacrer à sa santé le temps nécessaire.

Veuve après quelques années de mariage elle n'a eu qu'un enfant. Pas de fausses couches.

Depuis plus de six mois, elle est obligée de porter constamment une serviette pour éviter d'être souillée par les liquides âcres qui s'écoulent par la vulve et l'irritent. Depuis un mois, cet écoulement a pris une odeur repoussante. En même temps les forces s'épuisaient, la maigreur s'accroissait.

Pas d'exemple de cancer dans la famille de cette malade.

Règles non douloureuses, mais de moins en moins abondantes. Retard de quelques jours chaque mois.

Au toucher, on trouve une ulcération qui a détruit toute la lèvre postérieure du col et réduit de moitié la lèvre antérieure.

Pas de modifications de la cloison vésico-vaginale, vagin induré en arrière du col.

Ganglions comme des avelines aux aines.

Curettage des parties dégénérées le 10 mai 1905.

Toute la partie située au-dessous de l'isthme est détruite par la curette tranchante. Hémorragie minime.

Tamponnement, puis cautérisation au chlorure de zinc. Lavage à la solution d'oxycyanure de mercure.

La malade prend chaque jour trois injections chaudes avec la solution au formol titrée à 0,50 pour mille.

La désodorisation n'étant pas complète, chaque jour un tampon d'ouate hydrophile, largement imbibé d'huile de pétrole, est placé au contact de la cavité curettée et maintenue deux à trois minutes. Pour ce pansement, le spéculum est nécessaire.

En quatre jours l'odeur disparaît. Puis l'appétit revient et

tout se passe de même qu'au commencement d'une convalescence.

Les mêmes pansements sont néanmoins continués jusqu'à la sortie de la malade qui a lieu le 30 mai.

L'amélioration devait être éphémère. Quatre mois après, l'état était redevenu mauvais ; l'odeur nauséabonde s'était reproduite et la malade succombait au cinquième mois après le curettage palliatif.

OBSERVATION XXXI

Cancer ulcéré de l'utérus. — Curettage des parties dégénérées

C... M..., quarante ans.

Cette malade est atteinte depuis cinq ans de troubles de l'utérus à marche ascendante. Prise d'abord de leucorrhée abondante, puis de pertes teintées de rouge et finalement d'hémorragies qui ne lui permettent guère de savoir si elle est ou non dans la période menstruelle. Elle s'affaiblit de jour en jour.

Il suffit de la faire placer sur la table d'examen pour ne conserver aucune illusion sur le mal qu'elle porte. Une odeur nauséabonde se dégage de ses organes génitaux.

Le toucher cependant laisse découvrir un col peu désorganisé, du moins dans la portion qui circonscrit l'orifice, de sorte qu'il est possible de se demander si une hystérectomie vaginale n'est pas encore le traitement de choix.

La malade entre à l'Hôpital International de Paris le 6 février 1903. Elle est préparée pour subir l'opération qui paraîtra réalisable. Hystérectomie vaginale, hystérectomie abdominale après désinfection des attaches supérieures par voie vaginale ou simplement curettage.

Il est impossible de prendre le col.

Les pinces de Museux, malgré l'épaisseur et la solidité apparente des lèvres ne peuvent être serrées tant soit peu sans mâcher la prise et la réduire en bouillie.

La lèvre postérieure n'est solide qu'en un seul point. Cela suffit pour abaisser un peu l'utérus et faciliter l'enlèvement des chairs fongueuses au moyen de la curette tranchante.

La curette pénètre de plus en plus haut, ramenant des débris de matrice sarcomateuse. Tout à coup la pince lâche la prise et le curettage ne peut être achevé qu'au moyen d'une pression exercée sur le fond de l'utérus. L'organe se trouve réduit à une simple coque et il n'y a pas lieu de compliquer la situation en demandant à la laparotomie une voie d'accès pour l'ablation du fond.

Cautérisation avec la solution de chlorure de zinc. Lavage avec une solution d'oxycyanure de mercure et assèchement avec des tampons de gaze stérilisée.

Tamponnement du vagin et drainage de la cavité utérine avec des mèches de gaze.

Enlèvement du tamponnement au bout de quarante-huit heures.

Suites simples, mais repullulation des masses sarcomateuses, malgré les topiques antiseptiques et finalement décès de la malade au bout de huit mois.

OBSERVATION XXXII

*Epithélioma du col. — Hystérectomie par les deux voies. —
Hémostase d'une branche de l'utérine avec l'agrafe de
Michel. — Guérison opératoire.*

D..., quarante-trois ans.

Cette malade est atteinte d'un épithélioma du col des plus manifestes. Toutefois, comme on ne peut calculer exactement la hauteur à laquelle remonte la lésion, et que l'hystéromètre indique à la cavité utérine, une profondeur de 8 centimètres et demi, je ne crois pas devoir recourir uniquement à l'hystérectomie vaginale.

L'intervention mixte est pratiquée le 23 mars 1907.

Le col est libéré aux ciseaux, en avant et en arrière, le décollement digital est poussé aussi loin que possible en avant et le cul-de-sac de Douglas est ouvert.

Laparotomie médiane, prise de l'utérus et libération sur les parties latérales.

Enlèvement en bloc de l'utérus et des annexes.

Des ligatures à la soie assurent l'hémostase des pédicules latéraux.

En explorant la surface de section, je trouve à la base du ligament large droit, une artériole dont le tronc est dénudé sur une étendue d'un demi-centimètre et donnant lieu à un jet saccadé, tout à fait caractéristique : il s'agit sans aucun doute d'un vaisseau dilacéré pendant les manœuvres du décollement digital.

Je le saisis avec l'extrémité d'une pince languette et je l'enserme dans une agrafe de Michel.

Une ligature eût été difficile à placer, en raison de la profondeur à laquelle se trouvait le vaisseau. Elle eût exigé une perte de temps toujours préjudiciable. En quelques secondes, l'hémostase fut parfaitement réalisée à la grande surprise de mes aides.

On ne saurait trop recommander le procédé et il est à désirer que la pince de Michel se trouve dans tous les services de chirurgie.

Là ne se borna pas l'utilisation des agrafes de Michel, il s'en faut.

Comme j'avais rabattu, en avant de l'utérus, le lambeau de péritoine qui s'étend de cet organe à la vessie, je fis la péritonisation après l'avoir rapproché de la face postérieure du vagin et, au lieu de suturer au catgut, je fis la suture avec la pince porte-agrales.

J'avais eu soin de préparer la ligne de suture en plaçant à égale distance l'une de l'autre, des pinces de Kocher formant un bâti que les agrafes fixèrent définitivement.

Les suites furent excellentes, et jusqu'à ce jour rien n'est à redouter; mais nous sommes beaucoup trop près de la date de l'opération pour que le résultat soit considéré comme acquis.

Il y a lieu de conclure que l'usage des pinces porte-agrales de Michel mérite la faveur des chirurgiens, non pas seulement dans les cas d'hystérectomie abdominale pour cancer, mais surtout, au cours de l'hystérectomie abdominale pour fibromes.

On gagnera surtout beaucoup de temps pour la péritonisation d'abord, puis pour la suture du péritoine.

Il résulte des travaux du professeur Jeannel de Toulouse

que les agrafes sont admirablement tolérées par le péritoine.

Sur le point de terminer ce travail, nous prendrons connaissance d'une excellente recommandation formulée dans les *Annales de chirurgie et d'orthopédie* (n° de juin 1907) au sujet du cathétérisme préliminaire de l'utérus avant toute hystérectomie pour cancer.

Suppuration de la cavité utérine dans certains cas de cancer de l'utérus. Rétention du pus. Utilité du cathétérisme de l'utérus comme premier temps de l'hystérectomie.

« Chez certains malades atteints du cancer de l'utérus, il m'est arrivé de rencontrer, au cours de l'hystérectomie une collection purulente insoupçonnée, dans la cavité utérine et, quand des faits semblables se produisent au cours de l'hystérectomie abdominale, c'est toujours une surprise désagréable pour le chirurgien.

On a beau conseiller de protéger les anses intestinales au moyen de compresses aseptiques, l'opérée étant placée sur plan de Trendelenbourg, le pus trouve une voie facile d'écoulement, et, pour peu que la nappe de pus soit un peu abondante, les compresses peuvent être imbibées et traversées ; de là un gros risque d'infection du péritoine.

Il est facile de parer à cette éventualité. Il suffit de

pratiquer le cathétérisme de la cavité utérine avec l'hystéromètre et de se guider dans cette recherche en ne mettant cet instrument en place que sous le contrôle des yeux. On écartera les parois du vagin soit avec un spéculum, soit au moyen de valves. Lorsque l'hystéromètre sera dans le col, on lui imprimera une direction différente selon que l'utérus aura été reconnu en attitude droite, en anté-flexion ou en rétro-flexion, etc.

On aura quelque peine, chez certaines malades, à franchir l'isthme, car chez les femmes âgées ce point est souvent rétréci et les cas d'atrésie sont loin d'être rares. Quand on aura franchi cette partie resserrée, on pourra pénétrer jusqu'au fond, librement.

L'important alors est de voir s'il s'écoule du liquide à la suite du retrait de la tige de l'hystéromètre. Il sera utile d'introduire une ou deux fois cet instrument, d'exercer une pression modérée sur le fond de l'utérus et d'attendre pour voir s'il s'écoule du mucus ou du pus. Dans cette dernière alternative, il est sage de dilater la cavité, de faciliter ainsi l'écoulement puis de faire un lavage intra-utérin et de donner quelques coups de curette tranchante appelés à détruire la muqueuse infectée.

Le chirurgien, à la veille de pratiquer une opération d'hystérectomie, par l'une ou l'autre des voies en usage, ne peut avoir trop de renseignements sur l'importance de son intervention ; il ne peut prendre trop de précautions, en vue du succès, il doit s'efforcer de réduire à leur minimum tous les risques que doit courir la malade.

La recommandation que je fais dans cette étude n'est donc pas dénuée d'intérêt et, c'est après avoir pris connaissance d'observations publiées dans la *Presse médicale* et après avoir constaté moi-même plusieurs cas de pyométrite par rétention, que j'en suis venu à pratiquer systématiquement l'exploration, à l'hystéromètre, de l'utérus cancéreux.

Que l'on en fasse le premier temps d'une hystérectomie, ou que cette investigation soit faite antérieurement et comme complément de diagnostic, peu importe : l'essentiel est qu'on y ait recours dans la pratique courante.

Voici une observation concluante :

M^{me} B..., soixante-trois ans, atteinte d'un cancer de l'utérus dont le diagnostic ne peut laisser aucun doute.

Le col est détruit en partie par un ulcère fongueux, absolument typique.

Le corps de l'utérus remonte à deux travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne.

Il n'est pas induré ; mais en raison de la nappe adipeuse qui le recouvre, il est difficile d'être bien édifié sur ses qualités de dureté ou de mollesse.

J'introduis un hystéromètre dans le col, et j'éprouve un peu de résistance au niveau de l'isthme. Après quelques tâtonnements la tige pénètre d'un seul coup dans la cavité et je vois sourdre du pus.

J'introduis dans la même direction que l'hystéromètre une pince longuette dont je fais écarter les mors. Aussitôt le pus

coule abondamment, et, j'estime à un grand verre à boire la quantité qui s'est échappée de la cavité utérine.

Un nettoyage avec la sonde de Doléris est fait avec soin ; je fais un curettage de la muqueuse. Je lave de nouveau avec la solution à l'oxycyanure de mercure, et je laisse une mèche de gaze, aseptique à l'entrée de la cavité utérine, pour assurer le drainage par capillarité.

Deux jours après, je pratique l'hystérectomie vaginale et la malade guérit dans les meilleures conditions. »

« Je conseille donc de ne jamais négliger cette pratique, et, si l'observation qui précède démontre son utilité, il suffit d'une simple réflexion pour comprendre combien elle est salutaire, lorsqu'il s'agit d'enlever par l'abdomen un utérus cancéreux ainsi contaminé.

Je lisais dernièrement l'observation relatée par un de nos confrères de province, d'un cas d'hystérectomie abdominale, où l'abcès intra-utérin s'était rompu au moment de l'application, sur le fond de l'organe, d'une pince devant servir à l'attirer dans l'incision abdominale. L'utérus s'était rompu en raison de sa friabilité et de la distension qui avait aminci ses parois ; tout le pus s'était écoulé sur les compresses placées sur les intestins. On dut éponger en toute hâte, renouveler les compresses, néanmoins la malade guérit.

L'hystérométrie suivie d'expression du globe utérin peut encore être utile dans les cas où il existe dans la cavité des fongosités mal soutenues, flottan-

tes en quelque sorte. Il y a à se demander si un curetage préliminaire ne serait pas recommandable.

En tout cas, il me paraît indispensable de n'entreprendre une hystérectomie pour cancer qu'après avoir fait une exploration méthodique à l'hystéromètre. Si les cas où le pus n'y est pas retenu forment la grande majorité, il suffit de quelques exemples de rétention pour légitimer la recommandation que je viens de formuler. »

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède et de la lecture de nos observations, nous ferons ressortir les conclusions suivantes :

1° Le cancer de l'utérus, malgré la gravité de son pronostic, n'est pas une affection incurable. Nos moyens d'action sont faibles mais ils seront d'autant plus efficaces qu'ils auront été employés tôt. Une large exérèse pratiquée pendant la première période de développement de la tumeur, c'est-à-dire quand elle est encore localisée, peut même être suivie de guérison.

2° Le résultat d'une intervention chirurgicale dépendant uniquement de l'heure où le mal a pu être extirpé, *il est de toute nécessité de poser un diagnostic précoce*. A cet effet, il est bon qu'une propagande intelligemment faite, enseigne que toute perte, si insignifiante soit-elle, même non douloureuse, et surtout faible, continue, distillante, survenue chez une femme ayant eu sa ménopause, doit avoir sa cause précisée dans le cabinet du médecin.

3° Pour les cas douteux, il est facile :

a) Pour une lésion du col, de prélever un fragment destiné à l'examen microscopique ;

b) Pour les cas de cancer cavitaire, de faire un curettage après dilatation préalable, et de soumettre les produits ramenés, à l'examen d'un histologiste.

4° Il faut faire table rase des opinions professées par les auteurs de la période pré-antiseptique. L'application de caustiques doit être formellement rejetée. Les sérums sont loin d'avoir fait leurs preuves. Les amputations partielles sous et même sus-vaginales ne peuvent plus être que des souvenirs. A la thérapeutique parcimonieuse, il faut substituer une intervention large et précoce qui sera l'*hystérectomie totale, vaginale ou abdominale*.

5° *L'idéal est d'opérer tôt*, avant que les cellules cancéreuses aient eu le temps de franchir la zone utérine. Dans de telles conditions, c'est l'hystérectomie vaginale qui est l'opération de choix, parce qu'elle donne d'excellents résultats, aussi bons que ceux de la voie abdominale, tout en étant beaucoup moins grave que cette dernière.

6° Pour les cas déjà avancés (infiltration des culs-de-sac, col friable et excavé) l'hystérectomie vaginale peut donner parfois encore de bons résultats, mais c'est la rareté.

Viendrait-on cependant à l'adopter comme moyen de traitement qu'il ne faudrait pas hésiter, s'il est absolument nécessaire, à pratiquer une incision auxiliaire, suivie de la dissection du vagin et de l'en-

lèvement de la tumeur, en sac clos, suivant la manière de *Schauta*.

7° L'hystérectomie abdominale *pour cancer* ne sera réservée qu'à certains cas, espérés aussi rares que possible, où la voie basse sera rendue impraticable : grosse augmentation de volume du corps utérin, prise difficile à l'excès d'un col rongé par la tumeur, involution sénile très accentuée du vagin, étroitesse ou atrophie congénitale de ce conduit, etc., l'une au moins de ces conditions coïncidant avec un envahissement déjà marqué des trainées néoplasiques, *sans qu'il y ait néanmoins diffusion*.

Dans un cas semblable, il est bien indiqué de faire une ablation aussi large que possible des tissus malades et de cueillir les ganglions qui viendraient à s'offrir à la vue ou au doigt ; mais nous repoussons toute tentative *préméditée* d'évidement pelvien à la manière de Wertheim et Jonnesco ; restant fidèles à la formule de Pozzi.

« A lésion petite : opération étendue *et vice versa* ».

S'il y a nécessité, ou indications on pourra employer la méthode mixte et faire précéder le temps abdominal d'un temps périnéal *destiné à circonscrire nettement les limites inférieures du mal par le vagin*.

8° Dans les cas où le chirurgien se trouve en présence d'un cancer pour lequel toute tentative d'intervention radicale serait vaine : immobilité complète de l'utérus, induration large des parties voisines, destruction entière du col, réduction du corps de

l'organe à une simple coque remplie de fongosités, un *curettage prudent mais consciencieux*, suivi de cautérisation ignée, constitue la meilleure des thérapeutiques palliatives.

Etant sans danger, ce traitement peut être appliqué à plusieurs reprises, dans l'intervalle desquelles des pansements régulièrement faits, sous forme de *badigeonnages au pétrole* constituent le meilleur antiseptique et le meilleur désinfectant.

Vu par le Président de la thèse :

POZZI

Vu, le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer:

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

AMBROISE PARÉ. — Œuvres complètes.

ELOY. — Dictionnaire historique de médecine ancienne et moderne.

BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1825.

PICHEVIN. — Semaine Gynécologique, 1898.

NÉLATON. — Pathologie chirurgicale, 1859.

COURTY (A.). — Traité pratique des maladies de l'Utérus et de ses Annexes.

GUÉRIN (A.). — Chirurgie opératoire, 1869.

VIDAL DE CASSIS. — Pathologie externe, 1855.

Congrès de Chirurgie de 1886-1888-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899.

Revue de Gynécologie de 1901-1902-1906-1907.

BOUILLY. — Pathologie externe.

PAUCHET. — Thèse de Paris, 1896.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de 1905 et 1906.

Presse médicale, 1899-1907.

Annales de Gynécologie, 1899, mai-juin.

ROCHARD. — Histoire de la Chirurgie Française au XIX^e siècle

DELAGE. — Thèse de Paris, 1901.

BIGEARD. — Thèse de Paris, 1898-1899.

AUCLAIR. — Thèse de Paris, 1898-1899.

BELLOËUF. — Thèse de Paris, 1899-1900.

Archives Provinciales de Chirurgie, 1901-1904.

POZZI. — Traité de Gynécologie, éditions de 1892-1897-1905.

RICHELOT. — Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve,
1902

PROUST. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme.

RICARD et LAUNAY. — Technique chirurgicale.

PICHEVIN. — De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I. — <i>Les premiers gynécologues et le cancer de la matrice.</i> — Les Antiques. — Ambroise Paré. — La première hystérectomie pour cancer. Palletta. Lisfranc et l'amputation du col. — Sauter, Récamier. — L'opération de Delpech. — Excommunication de Velpeau en 1832.....	13
CHAPITRE II. — <i>Période d'abandon de l'hystérectomie de toute forme, 1830-1878.</i> — Les caustiques. — Vidal de Cassis, Nélaton, A. Guérin, Courty. — La première ovariectomie. — Le traitement chirurgical des fibromes.....	27
CHAPITRE III. — <i>Période de Renaissance de l'Hystérectomie, 1878 à nos jours.</i> — L'anesthésie. — Pasteur, Freund, Schröder et Czerny.....	35
§ 1. — <i>1878-1896.</i> — Verneuil. — Abandon de l'hystérectomie abdominale. — Triomphe de la vaginale, Richelot. — La forcipressure à demeure, 1885, Péan. — Le morcellement. — Hystérectomie subtotale pour fibromes. — Kœberlé. Les ligatures perdues. — Traitement du pédicule. — Répercussion de la chirurgie abdominale pour fibromes sur celle du cancer.	37
§ 2. — <i>1896 à nos jours.</i> — Premiers essais d'hystérectomie totale. — Voie mixte : Péan, Doyen — Voie haute : Delagenière, Terrier. — Congrès	

de Chirurgie de 1896-1897-1898-1899. — Rapport de Ricard. — Réponse de Richelot. — L'évidement.....	42
CHAPITRE IV. — <i>Etat de la question en 1907.</i> — Nos moyens d'action contre le cancer utérin. — Nécessité de la précocité de l'intervention chirurgicale. — Rôle de l'histologie. — Reproches adressés à la vaginale. — Sa défense. — Résultats. — Indication particulière de l'hystérectomie abdominale pour cancer. — Traitements palliatifs d'ordre chirurgical.....	48
CHAPITRE V. — <i>Les dernières méthodes et les derniers perfectionnements.</i> — Voie périnéale de Schauta. — Méthode vagino-abdominale. — Bourrelet de préservation de Pichevin. — Ligatures et sutures métalliques perdues.....	61
OBSERVATIONS. — Hystérectomies vaginales sans récive. — Hystérectomies vaginales récidivées. — Hystérectomies abdominales sans survie. — Hystérectomies abdominales avec survie. — Curettage de l'utérus pour cancer. — Hémostase de l'utérine avec l'agrafe de Michel.....	79
CONCLUSIONS.....	153
BIBLIOGRAPHIE.....	157

